

اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون

سیده حمیده نقیبی^۱، ام‌النبی خزائی^۲، فاطمه خزائی^۳، یوسف رنجبر سودجانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون بود. **روش:** طرح تحقیق، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل تمامی زنان وابسته به مواد مخدر بودند که در سال ۱۳۹۵ برای درمان به یکی از مراکز ترک اعتیاد، در شهر مشهد مراجعه نموده بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. تعداد ۴۰ نفر از بیماران زن تحت درمان با متادون به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و از ابزارهای شاخص شدت اعتیاد و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده گردید. برنامه مداخله گروه‌درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته (در هر هفته یک جلسه) انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ابعاد شدت اعتیاد بین دو گروه، تفاوت معناداری داشت ($P < 0/001$). همچنین تحلیل متغیرها به تفکیک بیانگر آن بود که در ابعاد وضعیت روان‌پزشکی، مصرف مواد و مصرف الکل تفاوت در سطح ($P < 0/001$) معنادار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج تحقیق چنین به نظر می‌رسد که گروه‌درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون، مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: رویکرد تحلیل ارتباط متقابل، شدت اعتیاد، متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران، پست

الکترونیک: Naghibi1991@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، عضو باشگاه پژوهش‌گران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد،

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر^۱، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است که مهم‌ترین دغدغه فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوء مصرف مواد به طور همزمان به بیماری‌های جسمی متعددی مبتلا هستند. همچنین، این افراد با احتمال مرگ و میر بیشتری مواجه هستند، به نحوی که افراد دچار سوء مصرف مواد به طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از دیگران عمر می‌کنند (نیک فرجام، ممتازی، جعفری و خسروی، ۱۳۹۱). کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم تجدیدنظر شده^۲، اعتیاد را به‌عنوان الگوی ناسازگار از مصرف یک ماده شرح می‌دهد که از لحاظ بالینی منجر به اختلالات یا افسردگی قابل ملاحظه‌ای می‌شود. این بیماری با مصرف یک ماده شروع شده و با گذشت زمان و به علت وابستگی بدن به آن ادامه می‌یابد به گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و در هر زمانی و برای آن که بتواند شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به ناچار مجبور است که از آن استفاده کند و با گذشت زمان، رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیدا کرده و به علت تأثیرات سمی طولانی مواد بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بدکار کردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی را ایجاد می‌کند که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۷). موادمخدر در اغلب موارد به مقدار زیاد یا در دوره‌ای طولانی‌تر از آنچه که مورد نظر است، مصرف می‌شود. تمایل مداوم یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد. زمان زیادی صرف فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن موادمخدر (مانند ملاقات با پزشکان مختلف و یا رانندگی در مسافت‌های طولانی)، استفاده از

موادمخدر (مانند سیگار کشیدن پشت سرهم) و یا برای بهبود یافتن از عوارض آن می‌شود. فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا تفریحی مهم به دلیل سوء مصرف افراطی مواد کاهش می‌یابد. سوء مصرف مواد و ادامه آن، با وجود آگاهی داشتن از مشکلات روانی و یا فیزیکی مداوم یا عود کننده دیده می‌شود، که به دلیل مصرف بی‌رویه مواد است (رنجبر سودجانی، شریفی و خزائی، ۱۳۹۵).

وابستگی و اعتیاد به سوء مصرف موادمخدر به صورت قابل توجهی در جهان رو به گسترش است. دفتر موادمخدر و جرائم سازمان ملل^۱ در سال ۲۰۱۰ میلادی، افراد وابسته به سوء مصرف موادمخدر در جهان را بیش از ۲۲۰ میلیون نفر برآورد کرده است. در ایران آمار و ارقام متفاوت و بعضاً متناقضی از میزان گستردگی و شیوع اعتیاد به سوء مصرف موادمخدر وجود دارد. طبق گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱، تعداد معتادان دائمی در ایران که مصرف روزانه موادمخدر دارند بین دو میلیون تا دو میلیون و دویست هزار نفر است (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۱). برآورد ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری در فروردین ۱۳۹۲ از میزان شیوع اعتیاد در ایران، یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بوده است و گفته می‌شود حدود ۷۰۰ هزار مصرف کننده تفنی را نیز می‌توان به این رقم اضافه کرد (پورتال ستاد پیشگیری از موادمخدر، ۱۳۹۳). همچنین، برآورد ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری در مهر ۱۳۹۵ از میزان شیوع اعتیاد زنان در ایران، آمار سال ۱۳۸۰ کل کشور حکایت از این دارد که از کل معتادان کشور ۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند و در طرح ارزیابی سوء مصرف مواد در سال ۱۳۹۰ این رقم به ۹ درصد رسیده بود. بر اساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ در میان زنان معتاد شهر تهران انجام شده، علل شروع به مصرف مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغر» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاو» و «افزایش قدرت جنسی» از دیگر دلایل پرسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»، «شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر

موادمخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند (نوری، رفیعی، نارنجی‌ها، باغستانی، کیومرثی و همکاران، ۱۳۸۹). با توجه به وجهه جهانی تحولات و تغییرات اجتماعی و اثرگذاری برخی وجوه فرهنگی کشورهای غربی در مقیاس جهانی، مرور نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه خالی از فایده نیست. براساس برخی از این مطالعات نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر ناسامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال فشارروانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران و مردان باشد (براون^۱، ۲۰۱۳). میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر بطور بسیار نگران‌کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. بر اساس برخی پژوهش‌ها ورود دختران جوان نسبت به پسران جوان در اعتیاد هروئین، پیشی گرفته است (کوهن^۲، ۱۳۸۲). اگرچه استفاده زنان از موادمخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. زمانی که زنان سوءمصرف مواد را آغاز می‌کنند، نسبت به مردان سریع‌تر گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و زودتر از آنان پیامدهای منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می‌کنند. همچنین، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است. همچنین، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است و در مقایسه با مردان، موانع درمان در زنان ممکن است اختلالات روانی را به همراه داشته باشد (چیرینو، برینی، کامبیازو، و مازا^۳، ۲۰۰۴؛ ترجمه پیرمردی، ۱۳۸۲). شاخص مهم دیگر استفاده زنان از موادمخدر، محل جغرافیایی است. الگوهای مختلف سوءمصرف موادمخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد. ترکیب عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب‌پذیرتر می‌سازد. محققان توافق دارند که برخی از افراد ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند. دختران و زنان مصرف‌کننده موادمخدر و الکل از نوجوانی تا سالخوردگی تحت تأثیر

روابط در زندگی شان قرار دارند (براون، ۲۰۰۲). در زمینه شدت مصرف والتون-موس و مک کال^۱ (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که میزان ولع مصرف بالاتر در معتادان به الکل، با بالاتر بودن نمره شدت مصرف الکل در پرسش نامه شاخص شدت اعتیاد همراه است. در پژوهشی توسط دام، هالستین و ساب^۲ (۲۰۱۲) نتایج نشان داد شدت علائم گروهی که در سنین پایین مصرف الکل داشتند، بیش از گروهی بود که در سنین بالا مصرف الکل داشتند. علاوه بر این، گروه مصرف زود هنگام در سطوح تکانشگری، هیجان خواهی و پرخاشگری نسبت به گروه مصرف دیر هنگام، نمرات بالاتری کسب نمودند. تفاوت میان این دو گروه به لحاظ تکانشگری، حتی پس از کنترل اثر پرخاشگری معنادار باقی ماند. نتایج پژوهش مکرری اختیاری؛ عدالتی و گنجگاهی (۱۳۸۷) حاکی از آن بود که برخی از عوامل جمعیت شناختی می توانند عوامل مهمی در پیش بینی میزان ولع مصرف معتاد باشند که خود از ابعاد مورد توجه در انحراف از فرآیند درمان است و طول دوره سوء مصرف مواد بیانگر سیر تبدیل یک رفتار تکانشی به یک رفتار جبری در فرآیند پیشرفت اعتیاد است.

۲۸۵

285

هر چند در درمان نگهدارنده با متادون، این دارو جایگزین مناسبی به خصوص برای کاهش مصرف مواد مخدر محسوب می شود اما به نظر می رسد تأثیرات این دارو با گذشت زمان کمتر می شود، لذا ضروری است تا به منظور جلوگیری و یا کنترل عوامل محل درمان همچون شدت مصرف و به تبع آن کاهش لغزش بیماران به خصوص زنان و افزایش ماندگاری آنها در دوره پرهیز از مواد، در کنار درمان نگهدارنده، از مداخلات غیردارویی نیز استفاده شود. یکی از این مداخلات غیر دارویی، تحلیل ارتباط متقابل^۳ است که برای نشان دادن روابط سالم بین فردی و رشد توانایی های درون فردی افراد مؤثر است (مورا کامی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). این نظریه تصویری از ساختار روان شناختی انسانها ارائه می دهد و به ما کمک می کند تا دریابیم انسانها چگونه عمل و رفتار می کنند و همچنین نظریه ای برای ارتباطات فراهم می آورد (جونز و استوارت^۵، ترجمه داد گستر،

1. Walton-moss & McCaul
2. Dom, Hulstijn & Sabbe
3. Transactional Analysis (TA)

2. Murakami
5. Joines & Stewart

۱۳۷۶). تحلیل رفتار متقابل اولین بار توسط اریک برن^۱ (۱۹۶۰) معرفی شد که بعد از آن مقبولیت زیادی در موقعیت‌های روان‌درمانی پیدا کرده است و می‌تواند در ارتقاء سلامت روانی افراد مؤثر باشد (به نقل از: موراکامی و همکاران، ۲۰۰۶؛ بوث^۲، ۲۰۰۷). برن، این درمان را بر اساس چهار سطح مختلف طبقه‌بندی کرده است: ۱) کنترل اجتماعی: اولین گام بهبود مراجع، کنترل رفتارهای ناسالم در بافت اجتماعی است، حتی اگر او هنوز احساس بدی در مورد مشکلات خود داشته باشد؛ ۲) بهبود علائم: نه تنها مربوط به کنترل رفتار فرد می‌باشد، بلکه احساس‌رهایی از سردرگمی و اضطراب را نیز در بر دارد؛ ۳) درمان انتقالی: در این مرحله، مراجع از حمایت درمانگر برخوردار است و او را به عنوان والدی حمایتگر کنار خود می‌یابند، و با تکیه بر این انتقال می‌تواند خودش را از نمایش‌نامه‌ای که در مسیر تحول به دست خودش نوشته است، آزاد سازد؛ ۴) درمان نمایش‌نامه: در پایان درمان مراجع دارای یک بالغ یکپارچه می‌شود که می‌تواند درمانگر درونی خود را برای درمان انتقالی، غالب سازد. او هم اکنون می‌تواند به طور دائم دور از نمایش‌نامه خود حرکت کند و در نتیجه خود را فردی مسئول و ماهر درک می‌کند که می‌تواند در رابطه با واقعیت جاری به طور مستقل احساس، فکر و عمل کند (اکبری، خانجانی، پورشریفی، علیلو و عظیمی، ۱۳۹۱). با وجود بررسی‌های متعدد در منابع داخل و خارج از کشور، تاکنون پژوهش علمی در رابطه با اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون گزارش نشده و تنها می‌توان به برخی از پژوهش‌های اندک مرتبط اشاره نمود. کلایتون و دانبر^۳ (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که کاربرد تحلیل رفتار متقابل در برنامه پیشگیری از الکل، برای افرادی که در حال مستی رانندگی می‌کنند، موجب کاهش مصرف الکل می‌شود. طبق این پژوهش، در میزان عود به مصرف الکل، درمان با روش تحلیل رفتار متقابل هیچ تفاوتی با دیگر برنامه‌های درمانی ندارد. کافی، ملازاده اسفنجانی، نوری و صالحی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای با عنوان، اثر بخشی گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار

متقابل بر پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده نشان دادند که گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل ممکن است از لحاظ وسوسه مصرف مواد در افراد سم‌زدایی شده مؤثر باشد و می‌تواند مورد توجه متخصصان قرار گیرد. یکی از قوی‌ترین استدلال‌ها در تحلیل رفتار متقابل این است که گروه تجربه‌زنده‌ای را فراهم می‌آورد که اعضا، آن را با خود به خانواده، دوستان و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، انتقال می‌دهند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). با توجه به اهمیت رویکرد تحلیل رفتار متقابل در بهبود مهارت‌های درون فردی و بین فردی افراد و نیاز جدی مراکز درمانی اعتیاد به برنامه‌های روان‌درمانی و به ویژه گروه‌درمانی واندک بودن پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی روش‌های درمانی گروهی، مبتنی بر رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون پرداخته باشند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون انجام شد. در حقیقت دوره درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل در یک زمینه گروهی که در آن اعضا می‌توانند طرح و دستورعمل زندگی خود را که از خاطرات اولیه‌شان نشأت می‌گیرد در تعامل با یکدیگر تجربه کنند، بهترین درمان انتخابی برای افراد تحت درمان با متادون است (کافی و همکاران، ۱۳۹۰).

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیق مورد استفاده در این پژوهش به صورت شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان وابسته به مواد مخدر بودند که در ماه‌های اول مهرماه تا پایان آذرماه ۱۳۹۵ برای درمان به یکی از مراکز ترک اعتیاد، در شهر مشهد مراجعه نموده بودند. به منظور انجام نمونه‌گیری، ابتدا لیستی از مراکز ترک اعتیاد زنان با همکاری اداره کل بهزیستی استان خراسان رضوی تهیه و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (از طریق قرعه‌کشی)، یکی از مراکز انتخاب شد و ۸۰ نفر از افراد به صورت هدف‌مند، به پرسش‌نامه شاخص شدت اعتیاد (ASI) مک لیلان

و همکاران (۱۹۹۲) پاسخ دادند. سپس ۴۰ نفر از زنانی که بالاترین نمرات را داشتند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. معیارهای ورود زنان گروه نمونه عبارت بود از:

۱- معتادین مصرف کننده موادمخدر بر اساس معیارهای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تجدید نظر شده دچار بودند. تشخیص این اختلال و سایر اختلال‌های همراه به این صورت بود که به هنگام اولین مراجعه بیماران به مرکز برای دریافت خدمات درمانی، توسط یک پزشک یا روان‌شناس بر اساس ملاک‌های تشخیصی انجام می‌شد؛ ۲- نداشتن بیماری‌های روان‌پزشکی خاص از قبیل انواع روان‌پریشی‌ها یا اختلال‌های سلوک؛ ۳- انتخاب بیمارانی که ۳۰ تا ۶۰ روز از دوره درمانی آن‌ها می‌گذشت تا محقق قادر می‌شد روند بهبودی این افراد را در دراز مدت و از طریق ارتباط با پرستار و پزشک معالج مورد بررسی قرار دهد؛ ۴- مصرف روزانه متادون؛ ۵- داشتن سن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۵۰ سال، تحصیلات حداقل ابتدایی و حداکثر کارشناسی و دارای ترک‌های ناموفق در گذشته.

روند اجرا

روش اجرا به این صورت بود که پس از اخذ مجوزات لازم از اداره کل بهزیستی استان خراسان رضوی و انتخاب شرکت کنندگان، پیش‌آزمون شاخص شدت اعتیاد بر روی آن‌ها اجرا و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۲۰ نفر) و آزمایش (۲۰ نفر) جای گرفتند. به افراد اطمینان خاطر در مورد رعایت ملاحظات اخلاقی محرمانه بودن اطلاعات داده شد و گروه آزمایش، مداخله گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل را به مدت جلسه‌ی دوساعته‌ی دریافت نمود. محتوای جلسات درمانی بر روی گروه آزمایش در جدول شماره ۱ به طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱: طرح جلسات مداخله گروه‌درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA)

| جلسات | طرح جلسات درمان |
|-------|---|
| ۱ | گروه بعد از معارفه، قوانین و مقررات گروهی توسط مشاور ارائه شد. فرایند درمان استفاده از پیام‌های کلامی و غیر کلامی، تحلیل ساختاری ساده حالات شخصیتی (بالغ، والد، کودک) بود. از مراجعین خواسته شد تا شرح مختصری از وضعیت و تاریخچه زندگی خود و چگونگی برقراری روابط بین‌فردی، به صورت شفاهی (در این جلسه) و کتبی (در جلسه آتی) ارائه دهند. |
| ۲ | بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح نوازش (نوازش‌های مثبت و منفی - شرطی و غیر شرطی - کلامی و غیر کلامی و با منبع درونی و بیرونی) و اجرای تکنیک برای مشخص کردن نظام نوازشی، دادن تکالیف خانگی. |
| ۳ | تکالیف اعضای گروه مورد بررسی قرار گرفت و مشاور توضیح مختصری در خصوص کتاب وضعیت آخر و چهار حالت روانی ارائه کرد. فرآیند درمان در این جلسه وجود قواعد و نقش قواعد ارتباطی در مورد احترام به خود، دیگران، دوستان نحوه ابراز وجود بود. ارائه تکالیف (رسم آگোগرام بر اساس تحلیل ساختاری پیچیده). |
| ۴ | بررسی تکالیف جلسه قبل. در این جلسه اعضای گروه با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی‌های شخصی و اجتماعی آشنا شدند. آموزش نوازش، روابط متقابل مکمل و متقاطع از مداخلات این جلسه بود. |
| ۵ | بررسی تکالیف جلسه قبل، بازنوازی‌های غیرارادی دوران کودکی (من کودک) و وضعیت‌های اساسی زندگی به طور کامل تشریح شد. هر کدام از اعضای گروه دو صفحه از کتاب بازی‌های روانی (اریک برن) را قرائت کردند، سپس بازنوازی‌های حالت من والدینی با زبانی ساده همراه با مثال انجام شد. از اعضا خواسته شد در مورد مشغولیت‌های ذهنی که با آن مواجه هستند را بیان کنند. این مشغولیت‌ها می‌تواند دوری از خانواده، اطاعت بی چون و چرا از فرمانده‌ها، زندگی گروهی و ... باشد. فرآیند درمان آموزش بازنوازی حالت من بالغ بود و از اعضا خواسته شد مجدد در مورد مشغولیت‌ها و تعامل خود با دیگران بحث و تبادل نظر کنند. در این جلسه آموزش روابط پنهان و رفتار متقابل مضاعف، و نیز تکالیف همراه با چند مثال از روابط پنهان ارائه شد. |
| ۶ | در ابتدای جلسه تکالیف جلسه قبلی بررسی شد. آموزش چهار وضعیت وجودی، شفای کودک درون از مداخله درمانی یه و تحلیل حالت‌های این جلسه سعی شد اعضای گروه به تجزیه و تحلیل حالت‌های (کودک- بالغ- والد) بپردازند. ارائه الگوی رفتاری متقابل مکمل و متقاطع (CROS). |
| ۷ | بررسی تکالیف، بازدارنده‌ها و سوق دهنده‌ها و تأثیر آنها در روابط، بیماری‌های شخصیت یعنی طرد، دادن تکالیف |
| ۸ | بررسی تکالیف، شناسایی پیش‌نویس و اجرای نمایش‌نامه زندگی و کار بروی تصمیم‌گیری مجدد، دادن تکالیف. |
| ۹ | معرفی سه بخش مغز و تأثیر آن در روابط، چگونگی رسیدن به روابط سالم، پاسخ‌گویی در مورد ابهامات و ارزیابی معیار درمان و جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون. |
| ۱۰ | |

ابزارها

۱- پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسش نامه در بردارنده اطلاعاتی همچون سن، سطح تحصیلات، وضعیت سکونت، وضعیت تأهل، شغل، نوع مواد مصرفی، روش مصرف، طول مدت مصرف و سابقه درمان بوده که توسط مصاحبه گر طی مصاحبه تکمیل می گردید.

۲- شاخص شدت اعتیاد^۱: این مقیاس به منظور گردآوری اطلاعاتی در خصوص کیفیت زندگی فعلی بر گذشته بیماران و بررسی وضعیت بالینی شان در حوزه های مختلف ابداع شده است (لیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). شاخص در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) به دست می دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه بندی می کند. دارای ۱۱۶ سؤال است که هفت وضعیت پزشکی (۸ پرسش)، اشتغال (۲۱ پرسش)، قانونی (۲۷ پرسش)، خانوادگی (۲۳ پرسش)، روان پزشکی (۱۳ پرسش)، مصرف مواد و مصرف الکل (۲۷ پرسش) را در بیماران طی سی روز گذشته، یک سال گذشته و طی دوران عمر را ارزیابی می کند. مک لیان^۳ و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند که این مقیاس یکی از قوی ترین شاخص ها در رابطه با پیش بینی میزان اثربخشی مداخلات درمانی در جریان ترک اعتیاد است. ریسکون و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از مگری و همکاران، ۱۳۸۷) همبستگی مثبتی را میان نمرات خرده مقیاس های شدت اعتیاد و تشخیص وابستگی به مواد، مطابق با پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی نشان داده اند. نتایج بیانگر این بوده که نمرات شاخص اعتیاد می تواند وابستگی به مواد را با حساسیت ۸۵٪ تعیین کند. مک لیان (۱۹۹۲) همبستگی درونی را در خصوص نمراتی که مصاحبه گر در رابطه با شدت اعتیاد ارائه می دهد، ۰/۷۴-۰/۹۹ گزارش کرده است. بریت^۴ و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی ثبات پذیری شاخص شدت اعتیاد در یک مطالعه طولی دو ساله گزارش دادند که نمرات حاصل از این مقیاس در طول زمان، ثابت باقی می ماند. اعتبار و روایی نسخه فارسی شاخص شدت اعتیاد توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد بررسی شده که نتایج همبستگی

درونی و اعتبار باز آزمایی مناسبی را نشان داده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های وضعیت پزشکی، اشتغال، قانونی، خانوادگی، روان پزشکی، مصرف مواد، مصرف الکل، و شاخص کل به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۲۹/۸۸ (۷/۰۴) سال، و در گروه گواه ۳۸/۴۲ (۱۳/۰۱) سال بود. میانگین طول دوره مصرف مواد (انحراف استاندارد) در گروه آزمایش ۱۳/۰۰ (۶/۹۸) سال و در گروه گواه ۱۸/۴۰ (۱۳/۲۳) سال بود. میانگین فاصله زمانی از آخرین بار مصرف (انحراف استاندارد) در گروه آزمایش ۲/۴۹ (۲/۲۲) ساعت و در گروه گواه ۳/۴۵ (۲/۰۶) ساعت بود. میانگین نمره محرومیت از مواد (انحراف استاندارد) در گروه آزمایش ۵۲/۵۰ (۲۳/۶۸) و در گروه گواه ۱۹/۴۵ (۱۱/۲۳) بود. آماره های شدت اعتیاد به تفکیک گروه ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی مولفه های شدت اعتیاد به تفکیک گروه ها و نوع آزمون

| متغیرها | گروه ها | میانگین پیش - آزمون | انحراف استاندارد پیش آزمون | میانگین پس - آزمون | انحراف استاندارد پس آزمون |
|--------------|---------|------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| وضعیت اشتغال | آزمایش | ۰/۵۷ | ۰/۵۹ | ۰/۵۲ | ۰/۴۹ |
| گواه | | ۰/۵۱ | ۰/۵۸ | ۰/۵۸ | ۰/۵۲ |
| وضعیت قانونی | آزمایش | ۰/۱۱ | ۰/۲۱ | ۰/۱۴ | ۰/۲۲ |
| گواه | | ۰/۱۳ | ۰/۲۲ | ۰/۱۳ | ۰/۱۳ |
| وضعیت | آزمایش | ۰/۶۲ | ۰/۱۳ | ۰/۶۵ | ۰/۱۱ |
| خانوادگی | گواه | ۰/۵۸ | ۰/۱۲ | ۰/۶۰ | ۰/۱۲ |
| وضعیت روان - | آزمایش | ۰/۷۴ | ۰/۱۸ | ۰/۶۴ | ۰/۱۸ |
| پزشکی | گواه | ۰/۲۵ | ۰/۱۴ | ۰/۵۸ | ۰/۱۸ |
| وضعیت مصرف | آزمایش | ۰/۲۶ | ۰/۰۲ | ۰/۲۰ | ۰/۰۶ |
| مواد | گواه | ۰/۱۱ | ۰/۰۴ | ۰/۱۷ | ۰/۰۷ |
| وضعیت مصرف | آزمایش | ۰/۳۳ | ۰/۰۵ | ۰/۲۸ | ۰/۰۹ |
| الکل | گواه | ۰/۲۰ | ۰/۰۵ | ۰/۲۵ | ۰/۰۶ |
| وضعیت پزشکی | آزمایش | ۰/۳۹ | ۰/۰۶ | ۰/۴۶ | ۰/۴۴ |
| گواه | | ۰/۳۶ | ۰/۰۷ | ۰/۴۵ | ۰/۴۲ |

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در وضعیت اشتغال ($F=0/005, P>0/05$)، وضعیت قانونی ($F=0/048, P>0/05$)، وضعیت خانوادگی ($F=0/18, P>0/05$)، وضعیت روان‌پزشکی ($F=0/41, P>0/05$)، وضعیت مصرف مواد ($F=0/43, P>0/05$)، وضعیت مصرف الکل ($F=0/42, P>0/05$)، و وضعیت پزشکی ($F=0/001, P>0/05$) این مفروضه برقرار است. مفروضه دیگر برابری ماتریس واریانس‌ها- کواریانس‌هاست که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت. ($M=1/98, P>0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از متفاوت بودن گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌ها داشت ($F=14/02, P<0/001, F=0/64$ لامبدای ویلکز). برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر خرده‌مقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد

| متغیرها | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | توان آماری |
|------------------|-----------------|---------|----------|------------|
| وضعیت اشتغال | 0/14 | 1/84 | 0/18 | 0/26 |
| وضعیت قانونی | 0/01 | 2/56 | 0/11 | 0/34 |
| وضعیت خانوادگی | 0/06 | 1/29 | 0/26 | 0/19 |
| وضعیت روان‌پزشکی | 1/46 | 78/30 | 0/0005 | 1 |
| وضعیت مصرف مواد | 0/07 | 27/86 | 0/0005 | 1 |
| وضعیت مصرف الکل | 0/08 | 30/42 | 0/0005 | 0/99 |
| وضعیت پزشکی | 0/01 | 2/63 | 0/113 | 0/35 |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در مولفه‌های وضعیت روان‌پزشکی، مصرف مواد، و مصرف الکل تفاوت معنادار وجود دارد. به بیان دیگر مداخله موثر بوده است ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون در سال ۱۳۹۵ بود. تحلیل یافته‌ها

نشان داد که ابعاد شدت اعتیاد بین دو گروه آزمایش و گواه، تفاوت معناداری داشت. همچنین تحلیل متغیرها به تفکیک نشان دهنده این امر بود که از بین خرده‌مقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد در ابعاد وضعیت روان‌پزشکی، وضعیت مصرف مواد و وضعیت مصرف الکل تفاوت معناداری وجود داشت. این پژوهش از منظر این که به بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون پرداخته است، مطالعه‌ای جدید و نوآورانه محسوب می‌شود که به ندرت مورد پژوهش قرار گرفته است. لذا محقق در مقایسه آن با سایر پژوهش‌ها و تفسیر یافته‌ها با محدودیت جدی روبرو بوده است. لذا، تنها می‌توان به همسویی نتایج آن با برخی از پژوهش‌های تا حدودی مرتبط نظیر نتایج پژوهش‌های والتون-موس و مک کال (۲۰۰۶)، دام و همکاران (۲۰۰۶)، کامینر و بولسون (۲۰۰۸)، کامینر و همکاران (۲۰۰۲)، زائومین و همکاران (۲۰۰۵)، پتری (۲۰۰۱) و راوسون (۲۰۰۲)، به نقل از زارع منگابادی و همکاران، (۱۳۹۴) در زمینه شاخص شدت اعتیاد، اشاره کرد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مداخلات گروهی از طریق افزایش آگاهی بیماران از حالات روانی، قواعد و نقش‌های ارتباطی، نحوه ابراز وجود، آموزش نوازش، روابط متقابل مکمل و متقاطع و همچنین بازسازی‌های غیرارادی و وضعیت‌های اساسی زندگی و اهمیت اعتمادسازی در نزد خانواده، باعث دوری بیماران زن از مصرف موادمخدر و ترک آن می‌شود.

همچنین یافته‌ها نشان دادند که اندازه اثر رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر تک‌تک خرده‌مقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد به یک اندازه نبوده است. بدین ترتیب که بیشترین تأثیر را بر خرده‌مقیاس‌های روان‌پزشکی، مصرف مواد و مصرف الکل و کمترین تأثیر بر خرده‌مقیاس‌های طبی، شغلی، حقوقی و خانوادگی بوده است. به نظر می‌رسد دلیل آنکه گروه درمانی رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بیشترین تأثیر بر خرده‌مقیاس‌های روان‌پزشکی، مصرف مواد و مصرف الکل را داشته، این است که، به دلیل آشنایی بیماران با افکار، احساسات و رفتارهای آسیب‌رسان باعث برقراری ارتباط سالم بیماران با اطرافیان شده و زمینه ابتلاء به اختلال‌های روانی و به دنبال آن، لغزش‌های متعدد و بازگشت متعدد و بازگشت مجدد به مصرف موادمخدر را کاهش می‌دهد. همچنین بیماران از عوامل راه‌انداز رفتار

مصرف آگاهی یافته و در مورد پیامدهای لغزش و اهمیت اعتماد اطرافیان به آن‌ها در زندگی آتی و تضاد میان زندگی کردن و مصرف مواد، بیشتر تأمل می‌کنند. در مورد تأثیر پایین رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر سایر مقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد به نظر می‌رسد که دلیل اصلی آن، عوارض جانبی ناشی از مصرف داروی متادون باشد که با گذشت زمان در برخی از بیماران ظاهر می‌شود و این عوارض عمدتاً مشکلات گوارشی و جنسی می‌باشند. اما به نظر می‌رسد تأثیر پایین بر خرده‌مقیاس وضعیت خانوادگی به این دلیل است که در رویکرد تحلیل ارتباط متقابل، مداخله‌ای بر روی خانواده بیماران صورت نگرفته، در حالی که خانواده یکی از ارکان اصلی، در بهبودی بیماران محسوب می‌شود. بنابراین برگزاری جلسات روان‌آموزشی برای خانواده‌ها می‌تواند روابط بیماران با خانواده، حمایت از بیماران و اعتمادسازی در فرایند درمان کمک کند. در مورد تأثیر پایین رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر وضعیت شغلی بیماران این است که این افراد به دلیل داشتن سوابق ناگوار در گذشته مثل سابقه بازداشت و زندانی شدن، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین، نقص‌های رفتاری از جمله بی‌ثباتی در خلق، بی‌نظمی و عدم تعهد نسبت به شرایط کاری و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران و بیکاری باعث شده‌اند تا اطرافیان، اعتماد کافی به آن‌ها نداشته و همکاری لازم را در این خصوص نداشته باشند.

در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سوءمصرف مواد در دو گروه آزمایش و گواه بیانگر این بود که گروه آزمایش زنانی با سن کمتر، تحصیلات کمتر، طول مدت اعتیاد کمتر، علائم محرومیت از مواد بیشتر و شدت اعتیاد بیشتر می‌باشند. با توجه به طرح تحقیق و انجام پیش‌آزمون سعی در کنترل تفاوت‌های اولیه شد. البته لازم به توضیح است که فاکس^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که طول مصرف بالاتر در معتادان به کوکائین، با تجربه ولع مصرف بیشتر همراه است. این تناقض در زمینه مصرف طولانی‌تر کوکائین می‌تواند به دلیل ماهیت وابستگی به این ماده باشد که نسبت به مواد افیونی مانند هروئین وابستگی بدنی کمتری ایجاد می‌کند. نکته دیگری که می‌تواند به توجیه کاهش میزان ولع مصرف با افزایش سن کمک نماید. نظریه‌های جدید تحلیل رفتارهای معتادان بر پایه

تبدیل فرایند تکنامی مصرف مواد به یک فرایند جبری است. بر پایه این رویکرد، جنبه‌های لذت‌بخش و پاداش مصرف مواد در سیر پیشرفت اعتیاد، کاهش یافته و فرد معتاد درگیر فرآیندی وسواسی-اجباری برای کاهش اضطراب ناشی از عدم مصرف مواد می‌گردد. همچنین این بررسی نشان داد که مصرف کنندگان هروئین تزریقی که ولع مصرف بیشتری را تجربه می‌کنند و نسبت به نشانه‌های مربوط به آن پاسخ‌گو هستند، علائم محرومیت بیشتری را نیز تجربه کرده‌اند. علائم محرومیت که به دنبال فاصله افتادن بین دفعات مصرف رخ می‌دهد، افزون بر ایجاد ناراحتی‌های بدنی و ذهنی، میل شدیدی برای مصرف را در افراد پدید می‌آورد و دلیل اصلی بازگشت در افرادی است که به صورت فردی اقدام به ترک می‌کنند. با این وجود در این زمینه تناقضاتی وجود دارد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که ولع مصرف تا مدت‌ها پس از درمان نیز ممکن است وجود داشته باشد. مکرری و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هروئین نشان دادند که برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه درمان‌های پیشین می‌توانند بر شدت ولع مصرف و به دنبال آن موفقیت درمان تأثیر بگذارند.

در تبیین هدف تحلیل ارتباط متقابل می‌توان گفت که هدف این است که فرد را به خودشناسی نائل کند تا بتواند در مواجهه با محیط زندگی مناسب عمل کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۲). تجزیه و تحلیل ساختاری به منظور بالابردن آگاهی مراجعه‌کننده از عملکردهای حالت نفسانی خود و تشویق او به تجربه کردن و حداکثر استفاده از حالات نفسانی خود در هر شرایطی، انجام می‌شود. در تجزیه و تحلیل نمایش‌نامه‌ها هدف مشخص کردن برنامه نامطلوب زندگی و کمک به شخص برای خاتمه دادن به آن و تعیین برنامه جدیدی برای زندگی می‌باشد (وولمز و همکاران، ۱۳۸۴). نظریه تحلیل تبدیلی با شناساندن والد، بالغ و کودک، انسان ناشناخته برای خویش را به آگاهی بهتری می‌رساند و بدین ترتیب او می‌تواند از یوغ اسارت در گذشته، نجات یابد (ویدووسون، ۱۳۹۳). تحلیل رفتار متقابل به دلیل این که سعی در موشکافی داستان و پیش‌نویس زندگی انسان دارد و

در نهایت فرد را از حالات نفسانی و درونیات آگاه می‌سازد، می‌تواند خودآگاهی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و باعث افزایش آن شود به طوری که فرد را از حضور احساسات متفاوت در خود و دیگران آگاه می‌کند و باعث ایجاد عکس‌العمل‌های مناسب فرد در حضور دیگران می‌شود. برای توضیح بیشتر می‌توان گفت که نظریه‌ی تحلیل رفتار متقابل و آموزش آن می‌خواهد فرد را به وجود خصوصیات و شخصیت خاص هر فرد در مقابل افراد دیگر واقف گرداند تا شخص را به این نتیجه برساند، که هرگز بر اساس ظواهر امور تصمیم نادرست اتخاذ نکند و در برابر واقعیات غیر قابل تغییر بتواند تغییرات لازم را در خود ایجاد کند. می‌توان اظهار داشت که، طرح درمان نگهدارنده با متادون نوعی علاج قطعی محسوب نشده و حکم نوعی درمان مقطعی را دارد که در آن فرد معتاد تحت حمایت‌های طبی و اجتماعی مورد لزوم جهت تثبیت و بهبود وضع زندگی قرار می‌گیرد و تشویق می‌شود تا زمانی که درمان برایش مفید باشد، این طرح را ادامه دهد. بر همین اساس گروه‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتار ارتباط متقابل می‌تواند در کنار موارد دارویی به عنوان درمان غیر دارویی اثربخش، توان ترک اعتیاد و کاهش دفعات لغزش را در افراد وابسته به مواد افیونی افزایش دهد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش کم بودن نتایج پژوهش‌های مرتبط با موضوع پژوهش، منحصر بودن نمونه پژوهش به زنان، عدم پیگیری نتایج، عدم برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده‌های زنان نمونه پژوهش، به شمار می‌روند که انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با لحاظ کردن این موارد بر قدرت تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

منابع

- اکبری، ابراهیم؛ خانجانی، زینب؛ پورشریفی، حمید؛ محمود علیلو، مجید و عظیمی، زینب (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل با درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۵)، ۸۷-۱۰۱.
- جونز، ون و استوارت، یان (۱۳۷۶). *روش‌های نوین در روان‌شناسی تحلیل رفتار متقابل*. ترجمه بهمن دادگستر، تهران: نشر اوحدی.
- چیرینو، استفان؛ برنی، روبرتو؛ کامبازو، جیانی و مازا، روبرتو. (۱۳۸۲). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*. ترجمه سعید پیرمردی، تهران: نشر همام.

رنجبر سودجانی یوسف؛ شریفی، کبیر و خزائی، ام النبی (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۱)، ۱۲۶-۱۱۱. زارع منگابادی، حمیده؛ خسروی، صدراله؛ جعفری ندوشن، علی؛ غیائی، مهناز و حسینی هنزایی، اعظم (۱۳۹۴). *اثر بخشی مصاحبه انگیزشی گروهی بر کاهش شدت اعتیاد بیماران تحت درمان با متادون*. کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، مؤسسه عالی علوم و فناوری خوارزمی، شیراز، ایران. شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۲). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. ویراستار فرزانه طاهری، چاپ بیستم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

کافی، سید موسی؛ ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ نوری، مرتضی و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). *اثر بخشی گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)*، ۶(۲۳)، ۱۳۲-۱۱۱.

کوهن، مونیکا (۱۳۸۲). *مشاوره با زنان معتاد*. ترجمه فریده همتی، تهران: نشر برگ زیتون. مکری، آذرخش؛ حامد، اختیاری؛ عدالتی، هانیه و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). *ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هروئین*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۹۸-۳۰۶.

نوایی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی*. تهران: انتشارات سمت. نوری، رؤیا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی‌ها، هومان؛ باغستانی، احمدرضا؛ کیومرثی، علیرضا؛ قرقلو، بابک؛ دیلمی‌زاده، عباس؛ اکبریان، مهدی و قادری، صلاح‌الدین. (۱۳۸۹). *بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران؛ واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره*. مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

نیک‌فرجام، علی؛ ممتازی، سعید؛ جعفری، سارا و خسروی، ناصر (۱۳۹۱). *"علم اعتیاد: مواد، مغز و رفتار"*. تهران: نشر سپید برگ.

وولمز، استانی؛ براون، مایکل؛ هیوج، کریستین (۱۳۸۴). *خلاصه‌ای از تحلیل مبادرات به منظور درک رفتارهای انسان*. ترجمه پروین عظیمی، تهران: نشر دنیای نو.

ویدووسون، مارک (۱۳۹۳). *تحلیل رفتار متقابل (تحلیل تبادل)*، ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک. ترجمه زهرا قلخانی، چاپ اول، تهران: انتشارات کتاب ارجمند.

Booth, L. (2007). Observations and reflections of communication in health care – could Transactional Analysis be used as an effective approach. *Journal of Radiography*, 13, 135,141.

Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health setting: a review. *Patient education and counseling*, 53(2), 147-155.

Brown, Stephan (2002), the handbook of addiction treatment for women, published by Jossey-Bass, p. 26-57.

Clayton, H. S., & Dunbar, L. R. (1977). Transactional analysis an alcohol safety program. *Social work*, 22(3), 209-213.

- Dom, G., Hulstijn, W. & Sabbe, B. (2012). Differences in impulsivity and sensation seeking between early and late onset alcoholics. *Addictive Behaviors*, 31(2), 298-308.
- Fox, H. C., Talih, M., Malison, R., Anderson, G. M., & Kreek, M. J. (2005). Frequency of recent cocaine and alcohol use affects craving and associated responses to stress and drug-related cues. *Psycho-neuro-endocrinology*, 30, 880-891.
- Ling, T., Liu, En-Wu., Zhong, H., Wang, B., Shen, Li-Mei. & WU, Zheng-Lai. (2008). Reliability and validity of addiction severity index in drug users with methadone maintenance treatment in Huizhou province china. *Biomedical and Environmental Science*, 21, 308-313.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, L., Grissom, G., & Pettinati, H. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index: Historical critique and normative data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(5), 199-213.
- Murakami, M., Matsuno, T., Koike, K., Ebana, S., Hanaoka, K., & Katsura, T. (2006). Transactional analysis and health promotion. *International Congress Series*, 1287: 164– 167.
- Sadock, B., Sadock. V. A. & Kaplan. (2016). *Synapses of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott the William and Willkins.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2010), *world drug report 2010*, United Nations.
- Walton-moss, B. & McCaul, M. E. (2009). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31, 246-253.