

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین

اکرم دستجانی فراهانی^۱، محمدعلی رحمانی^۲، طاهر تیزدست^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۰۹

چکیده

هدف: سوء مصرف مواد از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تغییر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین انجام شده است. **روش:** به این منظور ۱۳۴ بیمار مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر اراک به کمک پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و پرسشنامه کیفیت زندگی بررسی شدند. از این میان ۳۰ بیمار حایز شرایط انتخاب شدند و به صورت جایگزین تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. آنگاه روش گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت نمرات گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه گواه در کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش کیفیت زندگی بیماران وابسته به آمفتامین معنادار است. **نتیجه‌گیری:** گروه‌درمانی شناختی-رفتاری برای مدیریت مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی وابستگان به آمفتامین مؤثر است.

کلید واژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، باورهای غیرمنطقی، کیفیت زندگی و آمفتامین

۱. نویسنده مسؤل: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد تنکابن. پست الکترونیک: M_farahani65@yahoo.com

۲. استادیار روان‌شناسی مشاوره دانشگاه آزاد تنکابن

۳. استادیار روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد تنکابن

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و اخیراً اعتیاد به مواد محرک و مواد صنعتی که تغییر دهنده خلق و خو و رفتار هستند یکی از بارزترین آسیب‌های روانی اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی و خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی یک جامعه را از بین برده و پویایی و فعالیت انسان‌ها و نیروی کار و انگیزه و علائق افراد را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی افراد و جوامع را صرف ارایه خدمات به این افراد و بازپروری آنها کند. همچنین، به طور غیر مستقیم باعث از دست دادن نیروی انسانی آن جامعه نیز می‌شود. سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلال پیچیده‌ای است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است (حسین المدنی، ۱۳۹۱). عوامل دخیل در شروع و ادامه و عود در اختلال سوء مصرف مواد بسیار متنوع است و عوامل گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی را شامل می‌شود. پیش زمینه‌های اعتیاد در معتادان شامل خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی، عقاید و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی است (همین^۱، ۲۰۱۱) که به طور معناداری متفاوت از افراد سالم است. با توجه به افزایش خطر خودکشی در افراد معتاد (آکچی ایوازکی و یوچیتومی و سوغان^۲، ۲۰۰۶) و عقاید غیر منطقی در مورد آنان و نیز پایین بودن کیفیت زندگی لزوم توجه جدی به پیشگیری از اعتیاد حایز اهمیت است (بورلند^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). از مهم‌ترین مداخلات برای اختلالات سوء مصرف مواد مداخلات دارویی، روانشناختی و اجتماعی است (مک کی^۴، ۲۰۰۷). یکی از اهداف اصلی درمان‌های رویکرد شناختی رفتاری، کمک به افراد معتاد در حفظ و نگهداری دوران ترک و عدم بازگشت دوباره به اعتیاد است (کندی، گروس، وایت فیلد، در کسلر و کیلتسا^۵، ۲۰۱۲). در بررسی‌های بسیاری اثر بخشی گروه درمانی‌های رویکرد شناختی رفتاری برای افراد معتاد مورد تأیید قرار گرفته است (کندی و همکاران، ۲۰۱۲؛ دباغی، ۱۳۸۵). باورهای غیر منطقی دو ویژگی دارند: ۱) توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتما بیان می‌شوند. ۲) فلسفه‌های خود

1. Heyman 2. Akechi, Iwasaki, Uchitomi & Tsugane 3. Borland
4. Mckay 5. Kennedy, Gross, Whitfield, Drexler & Kilsta

آشفته ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (پروچسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸). در همین راستا توناتو^۱ (۲۰۰۸) در تحقیقی بدین نتیجه دست یافت که گروه سوء مصرف کننده مواد نسبت به گروه گواه نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی داشتند و در نتیجه انجام شناخت درمانی را برای این بیماران ضروری دانستند. فرض اساسی نظریه‌های شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (گودرزی، ۱۳۸۰) عقایدی مانند اینکه "من نمی‌توانم اضطراب را تحمل کنم" می‌تواند این عقیده را که "من باید برای تسکین خود مواد مصرف کنم" را تحریک می‌کند. نقش نگرش به مواد مخدر آنقدر از اهمیت برخوردار است که الیس (۱۳۸۶) بیان داشته است فکر و نوع نگرش افراد معتاد است که آنها را به سوی مصرف مجدد مواد سوق می‌دهد یا آنها را برای همیشه از مواد دور می‌سازد. نوع نگرش معتاد نسبت به مواد مخدر نوعی تفکر است که احتمال دارد منطقی یا غیرمنطقی باشد و اغلب ماهیتی خودکار، ناهشیار و دائمی دارد و به راحتی نمی‌توان این نگرش را تغییر داد. با این حال، یکی از شیوه‌هایی که به معتاد کمک می‌کند تا به شناخت خود دست یابد بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به اعتیاد است (بیت، آستین، فیشفوف، پالمگرن و جکوبس^۲، ۱۹۹۴). بسیاری از محققین رابطه بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند که این عوامل شامل میزان شناخت از خود، تنش‌های تحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روش‌های مقابله و میزان سازگاری هستند. تلقی یا شناخت فرد از خود که شامل عواملی از مفید بودن، مولد بودن، تصویر ذهنی از خود، نحوه نگرش نسبت به زندگی، آینده نگری است تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارند (عظیمی و باجلان ۱۳۸۸). با توجه به این تحقیقات، گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک درمان روانشناختی برای تغییر باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مورد نظر قرار گیرد.

1. Tonato

2. Beyth, Austin, Fishhoff, Palmgren & Jacobs

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر مطالعه‌ای شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از: تمامی مردان مراجعه کننده به مراکز درمان سوء‌مصرف مواد (از تاریخ ۲۱ فروردین تا ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۱) در شهر اراک به تعداد ۱۳۴ نفر که مصرف کننده آمفتامین بودند. نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که از بین ۶۰ مرکز دولتی ترک اعتیاد شهر اراک ۶ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و تعداد ۱۰۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس با توجه به ملاک‌های ورود تعداد آن‌ها به ۶۳ نفر تقلیل یافت. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: سن بین ۲۵ تا ۴۵، مرد بودن، حداقل دارای تحصیلات سیکل بودن، اعلام آمادگی برای دریافت خدمات روانشناختی در مرکز، توافق برای انجام تکالیف ارایه شده در گروه و توافق برای حضور مستمر در جلسات، عدم اختلالات روانشناختی و کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه باورهای غیر منطقی و کسب نمره پایین‌تر از ۵۰ در پرسشنامه کیفیت زندگی. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی از این میان انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

۱۲۲

122

ابزار

۱- پرسشنامه تفکرات غیر منطقی: برای بررسی تفکرات غیر منطقی، پرسشنامه غیر منطقی جونز انتخاب شد که براساس نظریه ایس تهیه شده و انواع تفکرات غیر منطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه ۱۰۰ سؤال بسته دارد و از ده قسمت تشکیل شده است که هر قسمت یک نوع تفکر غیر منطقی را می‌سنجد. اعتبار آن در پژوهشی که توسط تقی‌پور (۱۳۷۳) با استفاده از یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی صورت گرفته حکایت از مناسب بودن اعتبار دارد ($\alpha = 0/71$ = آلفای کرونباخ) (به نقل از گردی، ۱۳۸۲).

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی: فرم ۳۶ سؤالی این پرسشنامه توسط واروشیون در سال ۱۹۹۲ در کشور امریکا طراحی شد و روایی و اعتبار آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد

بررسی قرار گرفت. (به نقل از منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. این پرسشنامه برای سنجش ادراک فرد از سلامتی خود ابزار مناسبی است و به طور کلی دو رویکرد جسمانی و روانی را می‌سنجد. اعتبار و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است.

روش اجرا

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها و جایگزین کردن آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه، جلسات آموزش شناختی-رفتاری به شیوه گروهی به صورت ۱۲ جلسه در طی ۳ ماه و به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با استفاده از الگوی شناختی-رفتاری برگرفته از پیشینه‌های پژوهشی مرتبط آماده و برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه گواه هیچ برنامه آموزشی دریافت نکرد و فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون در آن‌ها به عمل آمد. خلاصه محتوای جلسات گروه‌درمانی به شیوه شناختی-رفتاری به شرح زیر بود.

جلسه اول: معرفی و آشنا سازی اعضا با همدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین گروهی، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسه، بحث و بررسی اهمیت درمان‌های غیردارویی اعتیاد بویژه گروه‌درمانی؛

جلسه دوم: توجه به دیدگاه بیماران درباره اعتیاد، معرفی مدل درمان شناختی-رفتاری، فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی؛

جلسه سوم: روشن سازی و اولویت بندی اهداف، توجه به دو سوگرایی بیمار در مورد ترک، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد؛

جلسه چهارم: درک تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا و بررسی مثلث شوم فکر مصرف-وسوسه-رفتار مصرف، شناسایی نشان‌ها و برانگیزان‌های میل به مصرف؛

جلسه پنجم: آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف؛

جلسه ششم: ارزیابی دسترس‌پذیری مواد و گام‌های لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای قطع ارتباط باعرضه کنندگان مواد، یادگیری و تمرین مهارت‌ها یا امتناع از مواد، مرور تفاوت بین پاسخ‌دهی انفعالی و پرخاشگرانه و جرات‌ورزی؛

جلسه هفتم: بررسی تکالیف، بحث در مورد شیوه‌های ارتباطی اعضا، آموزش مهارت‌های امتناع از مواد، تمرین عملی در گروه؛

جلسه هشتم: تمرین روی تصمیم‌گیری سالم و کار روی باورهای غیر منطقی، جایگزین کردن باورهای منطقی و آرایه تکالیف برای تقویت آن؛

جلسه نهم: پیش‌بینی موقعیت‌های خطر آفرین آینده، تدوین برنامه مقابله‌ای عمومی؛

جلسه دهم: معرفی گام‌های اساسی مسأله‌گشایی درون جلسه؛

جلسه یازدهم: طراحی برنامه حمایتی عینی برای بیماران، بازنگری و حمایت از تلاش‌های بیمار در اجرای برنامه؛

جلسه دوازدهم: مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، آرایه بازخورد از بیمار در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان و دریافت بازخورد در مورد پیشرفت.

۱۲۴

124

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون به تفکیک گروه در جدول زیر آرایه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون به تفکیک گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
کیفیت زندگی	آزمایش	۲۶/۱۱	۳/۱۶	۱۵
	گواه	۳۰/۶۱	۲/۹۷	۱۵
باورهای غیرمنطقی	آزمایش	۶۰/۳۲	۳/۶۲	۱۵
	گواه	۶۱/۲۱	۵/۶۷	۱۵

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پس‌آزمون به تفکیک گروه در جدول زیر آرایه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پس‌آزمون به تفکیک گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
کیفیت زندگی	آزمایش	۷۸/۸۱	۲/۱۵	۱۵
	گواه	۳۳/۷۵	۱/۹۳	۱۵
باورهای غیرمنطقی	آزمایش	۲۰/۳۱	۱/۰۷	۱۵
	گواه	۶۰/۴۲	۱/۱۷	۱۵

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل حکایت از اثربخشی مداخله داشت ($F=۰/۷۳۳$)=اندازه اثر $P < ۰/۰۰۱$ ، $F=۳۴/۴۱۱$ ، $P=۰/۲۶۷$ (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
کیفیت زندگی	۱۵۲/۴۵	۲۰/۲۱۴	۰/۰۰۰۵
باورهای غیرمنطقی	۱۰۷۶/۴۵	۶۲/۵۱۳	۰/۰۰۰۵

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود درمان شناختی-رفتاری در هر دو متغیر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی اثرگذار بوده است و با توجه به آماره‌های توصیفی باعث بهبود آن‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری در تغییر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در افراد وابسته به آمفتامین انجام شد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین مؤثر است. باورهای غیرمنطقی در بیماران وابسته به مواد ناشی از شرمساری، احساس گناه، انتظارات بیش از حد از خود، ناتوانی در ابراز همدلی، عدم احساس مسئولیت است (هیز، استروشال و ویلسون، ۲۰۱۲).

بنابراین افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد به دلیل داشتن انتظارات غیر واقع بینانه و بیش از حد از توانایی‌هایشان، قادر به سازگاری و حل تعارض‌ها نیستند و هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی به جای استفاده از راهبردهای مسأله مدار و حل موقعیت مشکل‌زا، بیشتر از هیجان‌های ناکارآمد مانند مصرف مواد افیونی استفاده می‌کنند، در رابطه با این موضوع می‌توان تبیین کرد که کمال‌گرایی به عنوان یکی از باورهای غیرمنطقی عبارت است از اینکه امور همیشه بر وفق مراد باشد. زمانی که فرد انتظار دارد همه چیز بر وفق مرادش باشد و با کوچک‌ترین مانعی مواجهه شود تحریک پذیر و آشفتنه می‌شود و شیوه‌های دیگر رسیدن به هدف را نادیده می‌گیرد، در چنین شرایطی فرد برای مقابله با مشکل و کاهش تنش به سوء مصرف مواد اقدام می‌کند. به نظر می‌رسد که این الگوی گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را به وجود می‌آورد. سین و لیوبومیرسکی^۱ (۲۰۰۹) نشان دادند که روان‌درمانی‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری با توجه این که سوء مصرف مواد مخدر را به مثابه یک مشکل فردی، اجتماعی، شخصیتی و رفتاری نگاه می‌کند و متناسب با آن فنون شناختی-رفتاری و اجتماعی را به افراد آموزش می‌دهد، کامل‌ترین و اثربخش‌ترین روش درمانی به حساب می‌آید. درمان شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری و تاکتیک‌های رفتاری شناختی (قاسم زاده، ۱۳۸۷) دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌کند. تعدادی از تاکتیک‌های رفتاری و شناختی عبارتند از کسب تجربه در زمینه ابزار وجود، جراتمند بودن، آرمیدگی، اتخاذ تصمیم، حل مسایل و مشکلات، ارتباط با دیگران و مدیریت زمان (لاکner^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). برای تبیین فرضیه اصلی می‌توان گفت انواع باورهای غیر منطقی به علت در تضاد بودن با شاخص‌ها و اجزای کیفیت زندگی باعث کاهش میزان کیفیت زندگی می‌شود، البته عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باشد و این همان ذهنی بودن

کیفیت زندگی است. از طرفی کیفیت زندگی با سلامت فیزیکی، روانی، داشتن روابط رو به پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و داشتن حس خود شکوفایی تعریف می‌شود. همچنین، روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی اجزا کیفیت زندگی هستند (بنبروک، و همکاران^۱، ۲۰۱۲). این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های طباطبایی چهر و همکاران (۱۳۹۱) و شراز و کوچ شراز (۲۰۰۸؛ به نقل از مهین ترابی و همکاران، ۱۳۹۰) همخوانی دارد.

در گروه درمانی شناختی-رفتاری تغییر باورهای غیر منطقی آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب نیز تقویت می‌شود. خود تنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به افراد آموزش داده شده و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه ریزی روزانه کوتاه مدت و قابل دسترسی ارایه می‌شود. تغییر باورهای غیر منطقی و تبدیل آنها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند. به این ترتیب در گروه درمانی شناختی رفتاری درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. به نظر می‌رسد رویکرد شناختی-رفتاری از لحاظ نظری و عملی در زمینه عقاید مثبت و تدابیر کنترل در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد و کیفیت و سبک زندگی روابط فردی و اجتماعی آنها تأثیر عمیق داشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پور شریفی و همکاران (۱۳۹۰) و صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۹۰) در مورد کاربرد رویکرد شناختی-رفتاری در بیماری‌های مزمن همسو است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این اشاره کرد که شدت وابستگی و طول مدت اعتیاد افراد کنترل نشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این بود که فقط روی مردان وابسته به آمفتامین اجرا شد. می‌توان پیشنهاد کرد که گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی و کاهش باورهای غیر منطقی خانواده بیماران وابسته به سوء مصرف مواد اجرا شود. ترویج آموزش گروهی شناختی رفتاری در رسانه‌ها و محیط آموزشی

برای بیماران وابسته سوء‌مصرف برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش باورهای غیر منطقی پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که اثر این روش درمانی بر جنبه‌های روانشناختی دیگر افراد وابسته به آمفتامین بررسی و تأثیر این روش درمانی پیگیری شود.

منابع

- الیس، البرت (۱۳۸۶). هیچ چیز نمی‌تواند ناراحت‌کننده باشد. مترجمین مهرداد فیروز بخت و وحیده عرفانی. تهران: انتشارات خدمات فرهنگی رسا.
- پروچسکا، جیمز لو و نور کراس، جان سی (۱۳۸۸). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.
- پورشریفی، حمید؛ زمانی، رض؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بشارت، محمدعلی و رجب، اسداله (۱۳۹۰). تأثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۶(۲۳)، ۶۰-۳۹.
- حسین‌المدنی، سید علی (۱۳۹۱). تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، و صفات شخصیتی در افراد معتاد و مصرف‌کنندگان مواد افیونی، افراد بهبود یافته و افراد غیر معتاد. رساله دکترای روان‌شناسی. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- دباغی، پرویز (۱۳۸۵). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مواد افیونی. رساله دکتری، چاپ نشده. انیستیتو روانپزشکی تهران.
- صولتی دهکردی، سید کمال؛ ادیبی، پیمان و قمرانی، امیر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی بر کیفیت زندگی، فراوانی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۹(۱)، ۹۴-۱۰۳.
- طباطبایی چهر، محبوبه، ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۳)، ۴۳۰-۴۱۹.
- عظیمی، لایلا و باجلان، علی (۱۳۸۸). مطالعات کیفیت زندگی. چاپ اول. اراک: انتشارات نویسنده.
- قاسم‌زاده، حبیب‌اله (۱۳۸۷). رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی). چاپ نهم. تهران: انتشارات ارجمند.
- گردی، فلور (۱۳۸۲). ارتباط نوع و میزان تفکرات غیر منطقی با سلامت روانی دانشجویان کارشناسی ارشد گروه‌های مختلف تحصیلی دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر. شیراز: انتشارات راهگشا.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، آرزیتا و وحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. پایش، ۱۵(۱)، ۴۹-۵۶.

مهین ترابی، سمیه؛ مظاهری، محمدعلی؛ صاحبی، علی و موسوی، سیدولی اله (۱۳۹۰). تأثیر آموزش‌های شناختی - رفتاری بر تعدیل انتظارات غیرمنطقی، بلوغ عاطفی و ناراضیاتی زناشویی در زنان. مجله علوم رفتاری، ۵(۲)، ۱۳۳-۱۲۷.

Akechi, T. Iwasaki, M., Uchitomi, Y., and Tsugane, H. (2006). Alcohol consumption and suicide among middle-agedmen in Japan. *The British Journal of Psychiatry*, 88, 231 – 236.

Bennebroek Evertsz' F, Bockting, C.L., Stokkers, P.C, Hinnen, C., Sanderman, R., Sprangers, M. A. (2012).The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/1471-244X-12-227.

Beythe-Maron., R., Austin, L. Fishchhoff, B., Palmgren, C., Jacobs-Quadtel, M. (1994). Percivevd consequences of risky behaviors, adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-563

Borland, R., Yong, H, H., King, B., Geoffrey, C., Fong, T., Marshall, T, E., Hammond, D., and McNeil, A. (2004). Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine & Tobacco research*, 6, 3,311-321.

Hayes, S, C., Strosahl, K, D. Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindfull Change*. Guilford Press

Heyman,G.M. (2011). Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction A Response to Lewis's Critique of Addiction: A Disorder of Choice, *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 156–160.

Kennedy, A. P., Gross, R. E., Whitfield, N., Drexler, K. P. G., & Kilts, C. D. (2012). A controlled

Lackner, J,M., Gudleski,G.D., Keefer, L., Krasner, S.S., Powell, C., Katz, L.A. (2010) Rapid response to cognitive behavior therapy predicts treatment outcome in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), 426-32

Mckay, J.R. (2007) Lessons learned from psychotherapy research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10), 48-54.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65,467-487.

Tonato, T. (2008).Metacognition and substance abuse. *additive Behavior*, 24(2),167-174).