

اثر بخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی و پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده

سیدموسی کافی^۱

رحیم ملازاده اسفنجانی^۲

مرتضی نوری^۳

ایرج صالحی^۴

چکیده

عود اعتیاد در افراد سم‌زدایی شده، یکی از معضلات مهم درمانی برای سوء مصرف مواد است. هدف این پژوهش بررسی تاثیر گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی و پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده می‌باشد. این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل نابرابر انجام گرفت. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و از افراد سم‌زدایی شده مراجعه‌کننده به مرکز دولتی درمانی نگهدارنده با متادون شهرستان بجنورد، ۲۴ نفر به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. هر دو گروه در پیش‌آزمون، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر و پیش‌بینی از بازگشت رایت و همکاران را کامل کردند و پس از انجام گروه درمانی با گروه آزمایش، پس‌آزمون و پس از ۵ ماه، آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. در هنگام تکمیل آزمون پیگیری، مرفین چک نیز انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که از لحاظ وسوسه‌ی مصرف

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول).

۲- کارشناس ارشد روانشناسی.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی.

۴- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان.

مواد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در پس‌آزمون و مرحله پیگیری وجود دارد، اما بین سازگاری زناشویی و احتمال مصرف مواد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. طبق نتایج این پژوهش، گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل ممکن است از لحاظ وسوسه‌ی مصرف مواد در افراد سم‌زدایی شده مؤثر باشد و می‌تواند مورد توجه متخصصان قرار گیرد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی، تحلیل رفتار متقابل، سازگاری زناشویی، عود، افراد سم‌زدایی شده.

مقدمه

اعتیاد^۱ به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، میان افراد جامعه، به‌ویژه جوانان شایع شده است که می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند نابودی دارائی‌های شخصی، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (نقل از رید^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد در مرحله درمان، سبب عود^۳ و ترک دوره درمانی می‌شود (روندل و وقلم^۴، ۲۰۰۲). بدین سبب، اعتیاد به عنوان یک مشکل حاد و برگشت‌پذیر معرفی شده است (برینگ و هاسن^۵، ۲۰۰۶).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد، مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی^۶، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آنها می‌باشد (یان و نابشیمای^۷، ۲۰۰۹). همچنین، ترک مراحل درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی‌تری مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و

1- addiction
3- relapse
5- Brink & Haasen
7- Yan & Nabeshima

2- Reed
4- Ravendal & Vaglum
6- detoxification

تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (ویلوکس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش دکمپ^۲ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که تنها ۲۵٪ افراد وابسته به هروئین بعد از درمان نگهدارنده با متادون پاک مانده بودند. گسوب^۳ و همکاران (۲۰۰۲)، گزارش کردند که بیش از ۶۰٪ بیماران وابسته به مواد بعد از درمان بیمارستانی عود داشتند. برون^۴ و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که بیشتر نوجوانان تحت درمان، ۳ ماه پس از تکمیل مراحل درمانی و ۷۹٪ نیز در طول یک سال اول، دوباره به مصرف مواد می‌پردازند. بر اساس نتایج این پژوهش‌ها، مصرف مجدد مواد در معتادانی که مراحل درمانی را کامل کردند، پدیده رایجی است (نقل از ویلوکس و همکاران، ۲۰۰۹).

طبق نظریه‌ی مارلات و گوردن^۵ (۱۹۸۵) هنگامی که درمان‌جو در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد، در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای نامناسب، احساس خودکارآمدی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به مصرف مواد می‌شود (نقل از فیروزآبادی، ۱۳۸۷).

مارلات (۱۹۹۹)، در پژوهش با معتادان بستری شده نشان داد که موقعیت‌های پرخطر بین‌فردی به‌ویژه تعارضات بین‌فردی مانند مجادله با یک عضو خانواده، منجر به عود در این افراد می‌شود. امینی و همکاران (۱۳۸۲) گزارش کردند که عوامل بین‌فردی و خانوادگی مانند برخوردهای نامناسب خانواده، همسر و فرزندان، در بیش از ۷۰٪ موارد در عود افراد معتاد تأثیر دارد.

پژوهشگران در درمان افراد معتاد، به برخی ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین‌فردی که منجر به مصرف مجدد مواد می‌شود، اشاره کرده‌اند. بیش از ۹۰٪ زوجین آشفته، ناتوانی برقراری ارتباط را به عنوان مشکل اصلی در رابطه‌ی خود بیان می‌کنند (برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۲). بنابراین، در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد، حالت‌های هیجانی

1- Veilleux

3- Gossop

5- Marlatt & Gordon

2- Decmip

4- Brown

منفی و مثبت، میل و وسوسه و تعارضات بین‌فردی از مهم‌ترین عوامل خطر اصلی عود می‌باشند (مارلات، ۱۹۹۹)، و استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری است و به‌نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. اوفارل^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی برای مقایسه کارآیی دو نوع روش درمان، یعنی مشاوره فرد معتاد همرا با خانواده و مشاوره تنها خود فرد معتاد، نشان دادند، گروهی که همراه با خانواده در پژوهش شرکت کرده بودند، مقدار پاکی طولانی‌تری داشتند و پیامدهای منفی کمتری و همچنین سازگاری بیشتری را در روابطشان گزارش کردند.

گروه درمانی یا روان‌درمانی گروهی نوعی درمان است که در آن افراد دچار ناراحتی هیجانی به‌منظور کمک به یکدیگر در تغییر دادن شخصیت خود در گروهی که به‌وسیله یک درمانگر هدایت می‌شود، قرار داده می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹). یکی از رویکردهای روان‌درمانی که برای نشان دادن روابط سالم بین‌فردی و رشد توانایی‌های درون‌فردی افراد موثر است، تحلیل رفتار متقابل^۲ می‌باشد (موراگامی^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). این نظریه تصویری از ساختار روان‌شناختی انسان‌ها ارائه می‌دهد و به ما کمک می‌کند تا دریابیم انسان‌ها چگونه عمل و رفتار می‌کنند و همچنین نظریه‌ای برای ارتباطات فراهم می‌آورد (جونز و استوارت^۴، ۱۳۷۶).

تحلیل رفتار متقابل اولین بار توسط اریک برن^۵ (۱۹۶۰) معرفی شد که بعد از آن مقبولیت زیادی در موقعیت‌های روان‌درمانی پیدا کرده است و می‌تواند در ارتقاء سلامتی افراد موثر باشد (موراگامی و همکاران، ۲۰۰۶؛ بوش^۶، ۲۰۰۷). گروه 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 این افراد است. یکی از قوی‌ترین استدلال‌ها در تحلیل رفتار متقابل این است که گروه تجربه زنده‌ای را فراهم می‌آورد که اعضا، آن را با خود به

1- O'Farrell
3- Murakami
5- Eric Berne

2- Transactional analysis (TA)
4- Joines & Stewart
6- Booth

خانواده، دوستان و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، انتقال می‌دهند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). با توجه به اهمیت رویکرد تحلیل رفتار متقابل در بهبود مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی افراد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان سازگاری زناشویی و پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده می‌باشد.

روش

جامعه و نمونه آماری

این پژوهش به صورت آزمایشی با گروه کنترل نابرابر انجام شد. این طرح مشابه طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است، با این تفاوت که انتخاب آزمودنی‌ها از جامعه و جایگزینی آنها در گروه‌ها به صورت تصادفی انجام نمی‌شود (دلاور، ۱۳۸۴). در این پژوهش، علاوه بر پیش‌آزمون و پس‌آزمون، یک مرحله پیگیری ۵ ماهه نیز انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری شامل تمام معتادان مراجعه کننده به مرکز MMT^۱ (درمان نگهدارنده با متادون) دولتی شهرستان بجنورد بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و از افراد سم‌زدایی شده، ۲۴ نفر که از نظر سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات همگن بودند، به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند.

روش اجرای پژوهش

پس از تقسیم افراد به گروه آزمایش و کنترل، متغیر مستقل (گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل)، بر گروه آزمایش اعمال شد و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. گروه درمانی به مدت ۲ ماه (هشت جلسه ۱/۵ الی ۲ ساعته) به طول انجامید. در جلسه اول از افراد هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و پس از انجام گروه‌درمانی با گروه آزمایش، پس‌آزمون و پس از ۵ ماه، آزمون پیگیری نیز گرفته شد. در هنگام تکمیل آزمون پیگیری، مرفین چک نیز انجام گرفت.

1- Methadone Maintenance Therapy

روش مداخله

گروه درمانی انجام گرفته در این پژوهش، با استفاده از برخی اطلاعات، روش‌ها، تکنیک‌ها و تکالیف ارائه شده در کتاب‌های «روش‌های نوین در روانشناسی تحلیل رفتار متقابل» اثر جونز و استوارت، «وضعیت آخر» اثر تامس آ. هریس^۱، «ماندن در وضعیت آخر» اثر امی ب. هریس و تامس آ. هریس، «بازی‌ها» اثر اریک برن می‌باشد.

موضوعاتی که در هر جلسه مورد بحث قرار گرفت عبارتند از:

جلسه اول: معارفه، بیان اهداف پژوهش، قوانین گروه، مسئولیت اعضای گروه، توضیحات کلی در مورد نظریه‌ی تحلیل رفتار متقابل و کاربرد آن، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: تحلیل کنشی حالات کودک^۲، والد^۳، بالغ^۴، دادن تکلیف به آزمودنی‌ها در مورد ترسیم نمودار حالات نفسانی خود یا اگوگرام^۵، بیان ویژگی‌های کودک مطیع و کودک طبیعی، والد کنترل‌کننده و والد حمایت‌کننده، تقویت بالغ.

جلسه سوم: تعریف رابطه‌ی متقابل، رابطه‌ی متقابل موازی، رابطه‌ی متقابل متقاطع، قوانین ایجاد رابطه، تکلیف به آزمودنی‌ها برای تشخیص هر یک از انواع رابطه‌ی متقابل.

جلسه چهارم: تعریف نوازش^۶، نوازش کلامی/غیر کلامی، مثبت/منفی، شرطی/غیرشرطی، بحث در مورد روش‌های به‌دست آوردن نوازش و ارائه تکالیف مربوط به آن به آزمودنی‌ها.

جلسه پنجم: تشخیص تبادل‌های پنهانی، روابط مماسی/روابط مسدودکننده، بحث و تشخیص تبادل‌های پنهانی توسط آزمودنی‌ها. مثلاً وقتی شوهر روی میز تلویزیون که گرد و خاک گرفته با انگشت می‌نویسد، همسر عزیزم دوست دارم، چه نوع رابطه‌ای است.

جلسه ششم: چگونه بالغ فعال‌تری داشته باشیم، سازمان‌دهی زمان^۷ (انزوا/مراسم و مناسک/وقت‌گذرانی/فعالیت‌ها/بازی‌های روانی/صمیمیت)، تکلیف آزمودنی‌ها (ترسیم

1- Harris
3- Parent
5- Ego gram
7- Time Structures

2- Child
4- Adult
6- Stroke

دایره سازمان‌دهی زمان خود و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به افزایش صمیمیت).

جلسه هفتم: توضیحات بیشتر درباره بازی‌های روانی، بیان وضعیت‌های زندگی^۱ (من خوب نیستم)، خنثی‌کنندگان والد و دادن تکلیف به آزمودنی‌ها در مورد تشخیص روش‌های خنثی کردن والد طرف مقابل مثل حاشیه رفتن و سکوت در زندگی واقعی خود.

جلسه هشتم: جمع‌بندی و مرور مطالب با تأکید بر به کارگیری بالغ برای بهبود روابط و وضعیت زندگی، تصمیم‌گیری مجدد برای ادامه زندگی (ما می‌توانیم تغییر کنیم)، آماده شدن برای وداع با گروه، اجرای پس‌آزمون.

از جلسه دوم به بعد ابتدا درمانگر به بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل پرداخته و سپس مطالب هر جلسه را مطرح می‌کرد و به پرسش‌های اعضای پاسخ می‌داد. در انتهای هر جلسه نیز جزوه مربوط به آن جلسه و تکالیف جلسه بعد داده می‌شد تا یادگیری تسهیل شود و نیز بتوانند به‌طور عملی آموخته‌های خود را اجرا کنند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سازگاری زن و شوهر (DAS):^۲ این آزمون که توسط اسپانیر^۳ (۱۹۷۶) به‌منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند، تنظیم شده است، شامل ۳۲ سؤال می‌باشد و تحلیل عاملی نشان می‌دهد که چهار بعد رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت را می‌سنجد. اسپانیر (۱۹۷۶) روایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰/۸۱ و ۰/۷۳ گزارش کرده است (نقل از عباسی، ۱۳۸۳). روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس سازگاری زناشویی لاک والاس ۰/۹۴ گزارش شده است (ملازاده، ۱۳۸۱). در این پژوهش روایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴

1- Life Positions
3- Spanier

2- Dyadic Adjustment Scale

و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰ و ۰/۷۸ بود. حاج ابولزاده (۱۳۸۱) پای پی پرسشنامه را با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۸ بدست آورد.

مقیاس پیش‌بینی از بازگشت^۱: این مقیاس یک ابزار ۴۵ سؤالی ارائه شده توسط رایب^۲ و همکاران می‌باشد که می‌توان از آن برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر استفاده کرد (بک^۳ و همکاران، ۱۳۸۰).

فیروزآبادی (۱۳۸۷) با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی برای میزان وسوسه را ۰/۷۴ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش کرده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای میزان مصرف ۰/۸۱ و احتمال مصرف ۰/۷۸ به دست آمد که نشانگر روایی خوب مقیاس می‌باشد. کارشناسان با توجه به هدف، این مقیاس را دارای روایی محتوا دانسته‌اند (بک و همکاران، ۱۳۸۰).

مرفین چک یا کیت سرنندی مرفین: از این ابزار برای کنترل مصرف مواد توسط آزمودنی‌ها استفاده گردید. بدین صورت که آزمودنی‌ها هنگام تکمیل پرسشنامه در مرحله پیگیری توسط کارشناس مرکز MMT آزمایش شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای نشان دادن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و از آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین میزان سازگاری زناشویی، میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد دو گروه در پیش‌آزمون و از تحلیل کواریانس برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری استفاده شده است. پس از پایان پژوهش به دلیل ریزش در هر دو گروه، تعداد افراد هر گروه به ۸ نفر رسید که تجزیه و تحلیل نهایی نیز بر روی داده‌های بدست آمده از همین افراد صورت گرفت.

1- relapse prediction scale
3- Beck

2- Wright

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش در دامنه‌ی سنی ۲۶ الی ۴۹ سال بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ($\bar{x}=36/9$ ، $SD=6/9$) و گروه کنترل ($\bar{x}=36/2$ ، $SD=7/2$) با هم برابر بود. از لحاظ وضعیت تاهل همه آزمودنی‌ها متأهل بودند. میزان تحصیلات در هر دو گروه نیز یکسان بود.

جدول شماره (۱) آماره‌های توصیفی نمرات میزان وسوسه، احتمال مصرف مواد و سازگاری زناشویی به تفکیک گروه

شاخص	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میزان وسوسه	پیش‌آزمون	۷۳/۴	۴۸	۳۶/۴	۲۹
	پس‌آزمون	۳۳	۲۹/۸	۴۵/۷	۲۵/۲
	پیگیری	۳۹/۷	۲۶	۷۲/۱	۲۰
احتمال مصرف	پیش‌آزمون	۶۹/۶	۴۷	۳۰/۹	۲۶
	پس‌آزمون	۳۷/۱	۲۸/۸	۴۳/۶	۲۳
	پیگیری	۳۷/۷	۳۳/۵	۶۳/۱	۱۶/۹
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۹۴/۳۷	۳۴/۹۳	۱۱۴/۷۵	۲۰/۸۵
	پس‌آزمون	۱۰۳/۷۵	۲۶/۰۷	۱۰۷/۶۲	۱۷/۱۷
	پیگیری	۹۲/۳۷	۳۷/۳۶	۸۷/۲۵	۱۷/۹۲

با توجه به جدول شماره ۱، نمرات میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است، و نمرات سازگاری زناشویی در پس‌آزمون افزایش یافته، اما در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. در گروه کنترل، نمرات میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته و نمرات سازگاری زناشویی کاهش نشان می‌دهد.

جدول شماره (۲) نتایج آزمون مستقل برای مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن، میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد

شاخص	F	سطح معنی‌داری	t	درجه آزادی	معنی‌داری
توافق دونفری	۰/۲۵	۰/۶۲	-۰/۷۶	۱۴	۰/۴۵
رضایت زناشویی	۰/۹۲	۰/۳۵	-۱/۹۷	۱۴	۰/۰۶
همبستگی دونفری	۰/۰۰۱	۰/۹۷	-۱/۶۴	۱۴	۰/۱۲
ابراز محبت	۴/۸۹	۰/۰۴	-۱/۵۰	۱۴	۰/۱۵
سازگاری زناشویی کل	۰/۵۶	۰/۴۶	-۱/۴۱	۱۴	۰/۱۷
میزان وسوسه	۱/۶۷	۰/۲۱	۱/۸۶	۱۴	۰/۰۸
احتمال مصرف	۴/۹۵	۰/۰۴	۲/۰۲	۱۰/۹۳	۰/۰۶

مطابق با جدول شماره ۲، مقدار t محاسبه شده برای بررسی میانگین نمرات پیش-آزمون گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن، میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر، متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل قبل از مداخله درمانی از لحاظ آماری مشابه هستند.

جدول شماره (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی‌داری	مجذورات (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۳۹۳۵/۵۷	۱	۳۹۳۵/۵۷	۱۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷
گروه	۲۲۳/۸۷	۱	۲۲۳/۸۷	۱/۸	۰/۳۳	۰/۰۷
خطا	۲۸۸۹/۷۹	۱۳	۲۲۲/۲۹			

با توجه به نتایج جدول ۳، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه‌ی تحلیل رفتار در سازگاری زناشویی گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول شماره (۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی‌داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۳۳۲۷/۴۴	۱	۳۳۲۷/۴۴	۴/۹۷	۰/۰۴	۰/۲۷
گروه	۹۰۰/۵۱	۱	۹۰۰/۵۱	۱/۳۴	۰/۲۶	۰/۰۹
خطا	۹۱۸۸/۱۱	۱۳	۷۰۶/۷۷			

با توجه به نتایج جدول ۴، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل با پیگیری ۵ ماهه در سازگاری زناشویی گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول شماره (۵) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در احتمال مصرف مواد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی‌داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۱۹۴۹/۷۸	۱	۱۹۴۹/۷۸	۳/۳۵	۰/۰۹	۰/۲۰
گروه	۱۰۵۴/۸۵	۱	۱۰۵۴/۸۵	۱/۸۱	۰/۲	۰/۱۲
خطا	۷۵۴۸/۹۶	۱۳	۵۸۰/۶۹			

با توجه به نتایج جدول ۵، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل در احتمال مصرف مواد گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول شماره (۶) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش و کنترل در احتمال مصرف مواد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی داری (شدت اثر)	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۶۷۸/۲۵	۱	۶۷۸/۲۵	۰/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۶
گروه	۱۰۳۶/۵۷	۱	۱۰۳۶/۵۷	۱/۴۶	۰/۲۴	۰/۱۰
خطا	۹۱۸۸/۱۱	۱۳	۷۰۶/۷۷			

مطابق با نتایج جدول ۶، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در آزمون پیگیری وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل با پیگیری ۵ ماهه در احتمال مصرف مواد گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول شماره (۷) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در میزان وسوسه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی داری (شدت اثر)	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۴۰۱۷/۹۵	۱	۴۰۱۷/۹۵	۷/۸۸	۰/۰۱	۰/۳۷
گروه	۲۶۰۹/۹۱	۱	۲۶۰۹/۹۱	۵/۱۲	۰/۰۴	۰/۲۸
خطا	۶۶۲۱/۵۴	۱۳	۵۰۹/۳۵			

با توجه به نتایج جدول ۷، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل در میزان وسوسه مصرف گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد کرده است.

جدول شماره (۸) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمرات
پیگیری گروه آزمایش و کنترل در میزان وسوسه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معنی‌داری (شدت اثر)	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۲۰/۸۸	۱	۱۲۰/۸۸	۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۰۱
گروه	۳۹۵۱/۳۶	۱	۳۹۵۱/۳۶	۶/۹۲	۰/۰۲	۰/۳۴
خطا	۷۴۰۷/۴۸	۱۳	۵۶۹/۸۰			

با توجه به نتایج جدول ۸، معنی‌داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در آزمون پیگیری وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل با پیگیری ۵ ماهه در میزان وسوسه مصرف گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد کرده است.

جهت کنترل نتایج مقیاس پیش‌بینی از بازگشت، تست مرفین که همزمان با آزمون پیگیری از آزمودنی‌های دو گروه به عمل آمد، نشان داد که دو نفر از گروه آزمایش و پنج نفر از گروه کنترل، نتایج تست مرفین مثبتی داشتند که این افراد در هنگام آزمون پیگیری نمرات بالایی در این مقیاس کسب کرده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان وسوسه مصرف مواد در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و همچنین بعد از پیگیری ۵ ماهه، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی‌دار بود، اما تغییرات ایجاد شده در میزان سازگاری زناشویی و احتمال مصرف مواد در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و همچنین بعد از پیگیری ۵ ماهه، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی‌دار نبود.

با وجود جستجوهای متعدد در منابع داخل و خارج کشور، پژوهش علمی گزارش شده‌ای در رابطه با تأثیر گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان سازگاری

زناشویی و عود افراد وابسته به مواد یافت نگردید. با این حال کلایتون و دانبر^۱ (۱۹۷۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که کاربرد تحلیل رفتار متقابل در برنامه‌ی 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. جنس^۲ (۱۹۷۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی اثربخشی برنامه‌های تحلیل رفتار متقابل و تغییر رفتار در مجرمان ۱۵ تا ۱۷ ساله، نشان داد که آزمودنی‌های هر دو گروه بعد از مداخلات درمانی، تغییرات رفتاری و نگرشی مثبتی در شاخص‌های روانی مانند اختلال‌های اضطرابی، گوشه‌گیری، انکار، پرخاشگری و خصومت گزارش کردند. طبق نتایج، تحلیل رفتار متقابل بیشتر از برنامه تغییر رفتار باعث بهبود علائم روانی و رفتاری شده بود، اما در مرحله‌ی پیگیری هیچ تفاوتی بین دو گروه به دست نیامد.

ترکان (۱۳۸۵)، در پژوهشی نشان داد که گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل موجب افزایش رضایت زناشویی می‌شود. سالاری (۱۳۸۵) اثربخشی این شیوه را در افزایش رضامندی زناشویی تایید کرده‌است. سلامت (۱۳۸۴) آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از تحلیل رفتار متقابل را بر کاهش تعارضات زوجین گزارش کرده است.

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در سازگاری زناشویی نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی در گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است و در مرحله پیگیری نیز نسبت به پیش‌آزمون ثبات نشان می‌دهد، اما این تغییرات از لحاظ آماری معنی‌دار نیست که این نتایج با یافته‌های بیشتر پژوهش‌ها متناقض است (ترکان، ۱۳۸۵؛ دانش، ۱۳۸۵؛ سالاری، ۱۳۸۵؛ سلامت، ۱۳۸۴). این پژوهشگران گزارش کرده‌اند که گروه درمانی به شیوه‌ی تحلیل رفتار متقابل باعث افزایش میزان سازگاری زناشویی و کاهش تعارضات زوجین می‌شود.

برای تبیین این تناقض‌ها می‌توان به آزمودنی‌های این پژوهش اشاره کرد که

1- Clayton & Dunbar

2- Jeness

بلافاصله بعد از سم‌زدایی در این پژوهش شرکت کردند، اما پژوهش‌های گذشته بیشتر با خانواده‌های غیرآشفته و غیرمعتاد انجام گرفته است. احتمالاً به خاطر افزایش رضایتمندی خانواده‌ها به دلیل ترک اعتیاد، این افراد در هنگام پیش‌آزمون احساس سازگاری کاذبی داشتند که این تأثیر کاذب باعث عدم تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده است. از سویی دیگر، در گروه کنترل، میزان سازگاری در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد و در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری ثبات نشان می‌دهد که این نتایج به‌ویژه ثبات به‌جای مانده در مرحله پیگیری گروه آزمایش را می‌توان از نقاط قوت این شیوه درمانی بر مؤثر بودن آن در سازگاری زناشویی خانواده‌های افراد معتاد عنوان کرد.

برای تبیین مؤثر بودن گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر میزان وسوسه مصرف مواد در گروه آزمایش می‌توان به نقش TA در بهبود فرایندهای درون‌فردی (مدل ساختاری)^۱ و بین‌فردی (مدل کارکردی)^۲ اشاره کرد که می‌توانند در ایجاد آگاهی از جنبه‌های مثبت و منفی روابط افراد مفید باشند (نقل از بوش، ۲۰۰۷). مدل تحلیلی اریک برن، TA، از حالت من^۳، تعامل‌ها^۴، نوازش کردن، پیش‌نویس‌های زندگی^۵، موقعیت‌های زندگی و سازماندهی زمان تشکیل شده است (کچسی و تاس اوکک^۶، ۲۰۰۹) که سعی دارد آن دسته از موقعیت‌های تعاملی را که منجر به بهبود بازتوانی بیماران می‌شود، مشخص کند. بنابراین هدف آن افزایش خودآگاهی افراد برای مسئولیت‌پذیری در قبال رفتارشان می‌باشد (کلایتون و دانبر، ۱۹۷۵). مشارکت معتادان در گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به آنان در روابط بین‌فردی، شناخت بهتر از خود و اطرافیان و برنامه‌ریزی برای شیوه‌های ارتباطی مناسب کمک کند و در نتیجه منجر به کاهش وسوسه مصرف مجدد و پیشگیری از عود شود.

اصلی‌ترین مفهوم TA حالت من است. برن (۱۹۸۸) حالت من را به عنوان یک

1- Structural model
3- Ego state
5- Life Scenario

2- Functional model
4- Transactions
6- Keçeci & Tasocak

احساس و الگوی پایدار تفکر که با مدل رفتاری ارتباط دارد، تعریف کرده است (کچسی و تاس اوکک، ۲۰۰۹). این حالت با دو مدل مجزای ساختاری و کارکردی بررسی شده است. طبق مدل ساختاری، شخصیت همه‌ی افراد به سه حالت والد، بالغ و کودک تقسیم شده است. حالت من والدینی، مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری است که ویژگی‌های مشابه آن در والدین هم وجود دارد.

در جنبه والد، شخصیت انسان تمام پندها، خطرها و قوانین و مقرراتی که بچه از پدر و مادر خود شنیده یا در رفتار آنها دیده، محفوظ است (هریس، ۱۳۸۱). حالت من کودکی مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری است که بقای آن از دوران کودکی خود فرد هستند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰). از آنجایی که انسان کوچک در دوره بحرانی زندگی اولیه فاقد بیان است، بنابراین بیشتر واکنش‌های او به صورت احساس ضبط می‌شوند. انسان کوچک در سال‌های اولیه زندگی به این نتیجه می‌رسد که من خوب نیستم.

حالت من بالغ به وسیله‌ی مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری خودمختار و مستقل توصیف می‌شود که با واقعیت موجود تطبیق و هماهنگی دارند. حالت من بالغ برای بقاء لازم است. این حالت داده‌ها را به جریان می‌اندازد، تجزیه و تحلیل می‌کند و احتمالاتی که برای حل و فصل مؤثر دنیای خارج ضروری هستند، محاسبه می‌کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰) و یک فرد معتاد در گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به چنین حالتی برسد.

جنبه‌ی بالغ می‌تواند از طریق تمرین، رشد و توسعه پیدا کند. اگر بالغ از احتمال وقوع مشکلی در آینده هشیار باشد، از طریق ارزیابی احتمالات می‌تواند راه‌حلی نیز برای آن مشکل بیندیشد (هریس، ۱۳۸۱). وظیفه دیگر حالت من بالغ منظم کردن فعالیت‌های من کودکی و من والدینی و واسطه شدن عینی میان آنهاست (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰). کار مداوم بالغ بررسی اطلاعات قدیمی، اعتبار دادن یا ندادن و بالاخره دوباره بایگانی

کردن آنها برای استفاده در آینده است (هریس، ۱۳۸۱) و این‌ها موضوعاتی هستند که معتادان در گروه درمانی یاد می‌گیرند و سعی می‌کنند از آن در زندگی واقعی استفاده کنند. روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به بهبود سلامتی خود در روابط درون‌فردی مانند، بهبود کارکرد خود و تحمل استرس، آگاهی از محرک‌هایی که رفتار و عقاید غیرمنطقی را تحریک می‌کنند، آگاهی از نوع زندگی مختل شده بر اساس پیش‌نویس‌های ناکارآمد، رها کردن پیش‌نویس‌های ناکارآمد و دستوری و اصلاح پیش‌نویس‌های خود تخریبی منجر شود (موروکامی، ۲۰۰۶).

برخی پژوهشگران ارتباط بین استرس‌های زندگی و عود مصرف در افراد سیگاری، الکلی و معتادان افیونی را گزارش کرده‌اند (نقل از مک‌ماهون^۱، ۲۰۰۱) و گروه درمانی را به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر در پیشگیری از عود دانسته‌اند (سامو^۲، ۲۰۰۸؛ لیت^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لتیمر^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). به‌علاوه گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به ارتقاء روابط بین‌فردی مانند بهبود نقش‌های متقابل فردی از طریق بازسازی روابط متقابل، بهبود محیط اجتماعی افراد، ارتقاء کارایی افراد از طریق سازمان‌بندی زمان و گرایش به یک زندگی مؤثر منجر شود (موروکامی، ۲۰۰۶). برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباطات بین‌فردی در طول دوره درمان مصرف مواد، با نتایج مثبتی مانند کاهش مصرف، پاک‌ی طولانی مدت، تکمیل برنامه درمانی و با بستری شدن کمتر مرتبط است (نورما^۵ و همکاران، ۲۰۰۰؛ فلس‌استوارت و بیرچلر^۶، ۲۰۰۱).

این شیوه‌ی درمانی در افرادی که مواد مصرف می‌کنند می‌تواند منجر به تقویت بالغ شود و نتایج مثبتی در ارتباط با حمایت اجتماعی داشته باشد. فوزیا و نرش^۷ (۲۰۰۹) نشان دادند که ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان عود وجود دارد. بنابراین با توجه به تأکید فراوان این نظریه بر تقویت بالغ، به‌عنوان مسئول اجرایی شخصیت، علاوه

1- McMahon
3- Litt
5- Norma
7- Fauziah & Naresh

2- Samov
4- Latimer
6- Fals-Stewart & Birchler

بر آثار شناختی - رفتاری و هیجانی مؤثر آن، ممکن است منجر به افزایش مسئولیت‌پذیری (ترکان، ۱۳۸۵) و همچنین موجب کاهش هیجان‌مداری و افزایش مسئله‌مداری در افراد شود (فرهنگی و شعریاف، ۱۳۸۵) و کاهش وسوسه و میل به مصرف مصرف مجدد مواد را در پی داشته باشد. جلسات تحلیل رفتار متقابل در افراد سم‌زدایی شده ممکن است باعث ایجاد نگرش واقع‌بینانه به مسائل روزمره شده و فرد را در رویارویی با موقعیت‌های وسوسه‌انگیز برای مصرف مواد محافظت کند.

در مجموع به نظر می‌رسد، آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل با اصلاح عملکردهای شناختی و افزایش تفرد و تحقق خویشتن و همچنین کمک به افراد برای رسیدن به استقلال و خودپیرویی و رهاشدن از الگوهای ناکارآمد و مخرب مانند مصرف مواد، ترک عدم مسئولیت‌پذیری و یا ناامیدی ناشی از پیش‌نویس‌های ناکارآمد و مخرب، ایجاد امید و حسن‌نیت نسبت به خود، دیگران و دنیا، با انتخاب وضعیت سالم زندگی، می‌تواند در طی یک فرآیند اصلاح درون‌فردی - میان‌فردی، به‌ویژه در بین افراد وابسته به مواد که در این زمینه‌ها مشکل دارند، منجر به ارتقاء سطح پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و افزایش احساس خودکارآمدی شده و موجب کاهش وسوسه مصرف در افراد سم‌زدایی شده، شود. حجم کم آزمودنی‌های پژوهش، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و تقسیم آزمودنی‌ها به گروه کنترل و آزمایش به‌صورت غیرتصادفی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشند که می‌تواند منجر به کاهش تعمیم‌پذیری نتایج شود. بنابراین استفاده از نمونه‌هایی با حجم بالا، انتخاب دقیق گروه‌های کنترل و آزمایش و هم‌تا کردن آزمودنی‌ها در همه‌ی زمینه‌ها برای آینده پیشنهاد می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۱۳۹۰/۰۶/۱۶

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۰۱

References

منابع

- امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار (۱۳۸۲)، بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۱ (۴۵): ۴۱-۴۷.
- برنشتاین، فلیپ. اچ؛ برنشتاین، ماری. تی. (۱۳۸۲)، *شناخت و درمان اختلال‌های زناشویی*، مترجم حمیدرضا سهرابی، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- بک، آرون تی.؛ رایت، فرد دی.؛ نیومن، کوری اف.؛ لیس، بروس اس. (۱۳۸۰)، *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*، ترجمه محمد علی گودرزی، شیراز، انتشارات رهگشا.
- ترکان، هاجر (۱۳۸۵)، *بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه‌ی تحلیل رفتار متقابل بر رضایت زناشویی زوج‌های شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- دلاور، علی (۱۳۸۴)، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، ویرایش دوم، تهران، انتشارات رشد.
- جونز، ون؛ استوارت، یان (۱۳۷۶)، *روش‌های نوین در روانشناسی تحلیل رفتار متقابل*، ترجمه بهمن دادگستر، تهران، نشر اوحدی.
- حاج‌ابول‌زاده، نسربین (۱۳۸۱)، *بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوجین ساکن شهرستان کرج*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهرا.
- دانش، علی (۱۳۸۵)، *تأثیر روش تحلیل محاوره‌ای در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار، چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران*، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، صفحه ۱۶۹.
- سالاری، ملیحه (۱۳۸۵)، *تأثیر گروه درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر افزایش هوش هیجانی و رضایتمندی زناشویی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سلامت، محمد (۱۳۸۴)، *بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

شفیع‌آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۸۰)، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، انتشارات نشر دانشگاهی.

عباسی، فروغ (۱۳۸۳)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری زناشویی در شهر بوشهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

فرهنگی، فرهنگ؛ آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا (۱۳۸۵)، تأثیر روان‌درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان، مطالعات تربیتی و روانشناختی، ۷ (۲): ۴۱-۶۲.

فیروزآبادی، عباس (۱۳۸۷)، مقایسه اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (۱۳۷۹)، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، جلد اول، تیریز، انتشارات شهر آب.

ملازاده، جواد (۱۳۸۱)، رابطه‌ی سازگاری زناشویی با عوامل شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۳)، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی، تهران، انتشارات سمت.

هریس، تامس. آ. (۱۳۸۱)، وضعیت آخر، ترجمه اسماعیل فصیح، تهران، انتشارات زریاب.

Booth, Lisa. (2007). Observations and Reflections of Communication in Health Care- could Transactional Analysis be Used as an Effective Approach, *Journal of Radiography*, 13, 135, 141.

Brink, W.W., & Haasen, C. (2006). Evidence- based treatment of Opioid-Dependent Patients, *Canada Journal of Psychiatry*, 51, 635-646.

Clayton, H.S., & Dunbar, L.R. (1977). Transactional Analysis an Alcohol Safety Program, *Social Work*, 22 (3): 209- 213.

Fauziah, I., & Naresh, K. (2009). The Influence of Community on Relapse Addiction to Drug Use: Evidence from Malaysia, *European Journal of Social Sciences*, 11 (3): 471- 476.

- Jeness, F.C. (1975). Comparative Effectiveness of Behavior Modification and Transactional Analysis Programs for Delinquents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (6): 758- 779.
- Keçeci, A. & Tasocak, G. (2009). Nurse Faculty Members' Ego States: Transactional Analysis Approach, *Nurse Education Today*, 29: 746-752.
- Latimer, W.W., Newcomb, M., Winters, K.C., & Stinchfield, R.D. (2000). Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome: The Role of Substance Abuse Problem Severity, Psychosocial, and Treatment Factors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 684-696.
- Litt, M.D., Kadden, R. M., Cooney, N.I., & Kabela, E. (2003). Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 118-128.
- Marlatt, G.A. (1999). Cue Exposure and Relapse Prevention in the Treatment of Addictive Behavior, *Journal of Addictive Behavior*, 15 (4): 395- 399.
- McMahon, C.R. (2001). Personality, Stress, and Social Support in Cocaine Relapse Prediction, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (2001): 77-87.
- Murakami, M., Matsuno, T., Koike, K., Ebana, S., Hanaoka, K., & Katsura, T. (2006), Transactional Analysis and Health Promotion, *International Congress Series*, 1287: 164-167.
- Norma, G., Bartholomew, M.A., Hiller, M.L., Kevin, K., Diane, C., Nucatola, M.S., Simpson, D.D. (2000). Effectiveness of Communication and Relationship Skills Training for Men in Substance Abuse Treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 217- 225.
- O'Farrell, J.T., Murphy, M., Alter, J., Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral Family Counseling for Substance Abuse: A treatment Development Pilot Study, *Addictive Behaviors*, 35: 1-6.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (2002). Psychopathology, Treatment Completion, and 5 Years Outcome: A Prospective Study of Drug Abusers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15: 135-142.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., Kaysen, D. (2009). The Relation between Interpersonal Violence and Substance Use among a Sample of

University Students: Examination of the Role Victim and Perpetrator Substance Use, *Addictive Behaviors*, 34, 316-318.

Somov, G.P. (2008). A Psychodrama Group for Substance Use Relapse Prevention Training, *The Arts in Psychotherapy*, 35: 151-161.

Veilleux, C.J., Peter, J., Colvin, J.P., Anderson, J., York, C., Heinz, J.A. (2009). A Review of Opioid Dependence Treatment: Pharmacological and Psychosocial Interventions to Treat Opioid Addiction, *Clinical Psychology Review*, 45: 233-240.

Yan, Y., Nabeshima, T. (2009). Mouse Model of Relapse to the Abuse of Drugs: Procedural Considerations and Characterizations, *Behavioral Brain Research*, 196, 1-10.

