

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

مهدی زارع بهرام‌آبادی^۱، محمدعلی محمدی فر^۲، نصراله عرفانی^۳، مصطفی مشایخی‌پور^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن در مقایسه با اثربخشی آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت‌روانی افراد معتاد بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح مقایسه گروه‌های نابرابر بود. جامعه آماری شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز 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 درآیدن 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 درآیدن 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 اثر بخشی 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 خودیاری 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 مسؤل: 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 موادمخدر یکی از مسایل مهم در هر جامعه و از گسترده‌ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می‌توان آن را از منظر عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی بررسی کرد (کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری و سیدموسوی، ۱۳۸۹). اعتیاد بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب‌کننده 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). وابستگی به مصرف مواد از شایع‌ترین اختلالات روانی است. به‌طور کلی مصرف موادمخدر بر خلق فرد تاثیر می‌گذارد. داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از مصرف‌کنندگان موادمخدر دارای یک بیماری جدی روانی هستند (دارک^۱، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که معتادین به موادمخدر دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار و سواسی، 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 سبب‌شناسی 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 امکان‌پذیر نخواهد بود ریباً^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، ۲۰۰۷؛ گرو، جیسون و کیلز^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، مسئولیت‌پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند (اریک، فیفر و استرحام^۴، ۲۰۰۰).

۸۳

83

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، اسپچیا 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، وایت‌فیلد، درکسلر و کیلتسا^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

3. Freidman

5. Everitt

7. Kennedy, Gross, Whitfield, Drexler, Kiltsa

2. Groh, Jason & Keys

4. Eric, Feifer & Strohm

6. Hendriks, Scheea & Blankena

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 پزشکی همبود با اعتیاد نیز به تایید رسیده است (کلارک، کینگ استون، ویلسون، بولدراستون و رمینگتون^۲، ۲۰۱۲؛ نقه الاسلام، 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؛ علائدینی، کجباف و مولوی، ۱۳۸۷؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸).

یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی رفتاری، درمان پذیرش خویشتن به روش درآیدن^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 (درآیدن، 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 موادمخدر کمک‌رسانی کرد (انجمن 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. لیپی، 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 انعطاف‌ناپذیر به باورهای انعطاف‌پذیر در افراد موجب بهبودی سلامت روان افراد می‌شود. هم‌چنین نتایج بررسی آنها نشان داد که باورهای انعطاف‌ناپذیر با سلامت روان پایین ارتباط دارد. در یک بررسی فولک، پرلینگ و ملینب^۳ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن موجب بهبودی افسردگی افراد گذشته و از سوی دیگر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. در یک بررسی پن^۴ و بروکس^۵ (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.

۸۵

85

سال ششم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

متاسفانه علی‌رغم تلاش فراوان جامعه علمی هنوز درمان مناسبی که بتواند اعتیاد را درمان کند وجود ندارد که این امر ناشی از وجود ابعاد سه‌گانه جسمانی، روانی و اجتماعی درگیر 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 زردخانه، 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 سم‌زدایی را گذرانده و آماده دریافت خدمات روان‌درمانی 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 سم‌زدایی به‌طور کامل، اعلام آمادگی جهت دریافت خدمات روان‌درمانی 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 سم‌زدایی 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 درآیدن 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 گذاشته 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 علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را به سه روش بازآزمایی، دو نیمه 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 ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۹۲ 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 شرکت کنندگان 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 درآیدن (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 درآیدن برای شرکت کنندگان تحقیق به شرح ذیل بود:

جلسه اول: به طور کلی در این جلسه به معارفه درمانگر و سایر اعضا، 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 سهم است.

جلسه سوم: در این جلسه، به اعضا آموزش داده شد که چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به تفکر خود کم‌بینی را زیر سوال برده و آنها را با جایگزین‌های سالمی که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشتن 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 زیگزاگی (ضعیف کردن متقاعد کننده‌گی باورهای خود کم‌بینی و نیرومندسازی متقاعد کننده‌گی باورهای پذیرش خویشتن) به اعضا آموزش داده شد.

جلسه ششم: در این جلسه، نسخه‌ی صوتی تکنیک زیگزاگی، استفاده از بیان‌های موثر خود و تصویرسازی عقلانی-عاطفی که به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعد کننده‌گی 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 تفکرشان 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 اعضای 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 خودیاری معتادین گمنام، افراد در جلسات این انجمن 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 t برای گروه‌های همبسته و نیز آزمون t برای 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 ۳۳/۶۷ و ۸/۹۷ می‌باشد. هم‌چنین در گروه معتادین گمنام میانگین و انحراف معیار سن ۳۲/۰۵ و ۷/۹۱ می‌باشد. میانگین مدت زمان مصرف مواد آزمون‌ها در گروه درمانی ۱۲/۱۰ و انحراف معیار ۸/۸۲ بود. در گروه معتادین گمنام میانگین مدت زمان مصرف مواد مخدر ۱۱/۱۱ سال و انحراف معیار ۶/۱۰ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

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

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	متغیرها
پذیرش خویشتن	۷/۰۵	۴/۶۱	علائم جسمانی
	۷/۹۵	۴/۹۵	علائم اضطرابی
	۷/۲۹	۳/۵۵	کارکرد اجتماعی
	۷/۱۰	۶/۵۶	علائم افسردگی
معتادین گمنام	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	نمره کل
	۷/۷۴	۳/۱۶	علائم جسمانی
	۷/۶۳	۳/۷۳	علائم اضطرابی
	۷/۲۱	۲/۳۹	کارکرد اجتماعی
	۹/۳۷	۴/۰۹	علائم افسردگی
	۳۱/۵۸	۸/۰۹	نمره کل

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است (شایان ذکر است که در آزمون سلامت روانی کسب نمره پایین‌تر به معنای داشتن سلامت روانی بیشتر است). همچنین شایان ذکر است که به دلیل عدم وجود پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون کواریانس از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. از آنجایی که آزمودنی‌ها تحت دو شیوه درمانی قرار گرفتند، قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راه به بررسی همگنی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات سلامت روانی دو شیوه درمانی پرداخته شد.

برای بررسی تاثیر روش‌های درمانی از آزمون t همبسته بر اساس مقایسه نمرات شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۷/۰۵	۴/۶۰	۱/۳۳	۲۰	۰/۱۹	-
	پس‌آزمون	۶/۴۳	۳/۸۲				
علائم اضطرابی	پیش‌آزمون	۷/۹۵	۴/۹۵	۴/۱۳	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	پس‌آزمون	۵/۵۷	۳/۱۴				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۷/۲۹	۳/۵۵	۰/۹۳	۲۰	۰/۳۶	-
	پس‌آزمون	۶/۷۶	۴/۰۳				
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۷/۱۰	۶/۵۶	۳/۴۱	۲۰	۰/۰۰۳	۰/۶۰
	پس‌آزمون	۴/۰۵	۴/۰۸				
سلامت روان کلی	پیش‌آزمون	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۴/۰۱	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	پس‌آزمون	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷				

همان‌گونه که در جدول فوق ارائه شده است گروه درمانی بر مولفه‌های علائم اضطرابی، علائم افسردگی و سلامت روان کلی تاثیر گذار بوده است.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن 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	معداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۷۴	۳/۱۶	۲/۷۱	۱۸	۰/۱۴	۰/۵۳
	پس آزمون	۵/۵۳	۲/۸۳				
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۶۳	۳/۷۳	۲/۵۰	۱۸	۰/۲۲	۰/۵۰
	پس آزمون	۵/۷۴	۳/۱۰				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۱	۲/۳۹	۰/۵۳	۱۸	۰/۵۹	۰/۱۲
	پس آزمون	۶/۸۴	۱/۶۴				
علائم افسردگی	پیش آزمون	۹/۳۷	۴/۰۹	۶/۸۵	۱۸	۰/۰۱	۰/۸۵
	پس آزمون	۳/۳۱	۳/۳۱				
سلامت روان کلی	پیش آزمون	۳۱/۵۸	۱۸/۱۹	۴/۸۳	۱۸	۰/۰۱	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 مولفه های سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معداری	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	-۰/۵۲	۲/۵۶	۰/۱۷	۳۸	۰/۸۶	۰/۲۰
	معتادین گمنام	-۰/۳۶	۲/۹۸				
علائم افسردگی	پذیرش خویشتن	۳/۳۱	۴/۰۹	-۲/۷۲	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۰
	معتادین گمنام	-۶/۶۳	۴/۲۱				
سلامت روان کلی	پذیرش خویشتن	-۶/۳۳	۷/۲۲	-۱/۷۲	۳۸	۰/۹۲	۰/۶۶
	معتادین گمنام	-۱۱/۰۵	۹/۹۶				

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

که بین میزان تاثیر گذاري گروه درماني پذيرش خويشتن و گروه معتادين گمنام بر علائم جسماني، علائم اضطرابي، کارکرد اجتماعي و نیز نمره کل سلامت رواني افراد معتاد تفاوت معناداري وجود ندارد. اما در مولفه علائم افسردگي نتايج نشان داد که بين میزان تأثير گذاري روش گروه درماني پذيرش خويشتن و گروه معتادين گمنام تفاوت معناداري وجود دارد. به عبارت ديگر میزان تأثير گروه معتادان گمنام درمقايسه با گروه درماني پذيرش خويشتن در کاهش علائم افسردگي شرکت کنندگان بيشتر بود.

بحث و نتیجه گیری

اين پژوهش به منظور بررسي و مقايسه اثر بخشی گروه درماني پذيرش خويشتن و آموزه های مجمع های معتادين گمنام روی مولفه های سلامت رواني افراد معتاد انجام گرفت. نتايج حاکی از آن بود که گروه درماني پذيرش خويشتن موجب بهبودي سلامت رواني افراد معتاد در مولفه های علائم اضطرابي، افسردگي و شاخص کل سلامت رواني آنها شد. اين یافته ها با نتايج تحقيق فولک و همکاران (۲۰۱۲) که نشان داد درمان پذيرش خويشتن سلامت رواني و عمومي افراد را افزايش می دهد، هم چنين با فلکسمن و بوند (۲۰۱۰) که در پژوهش خود نشان دادند، گروه درماني پذيرش خويشتن می تواند با تغيير در محتوای شناختي ناصحيح، باعث افزايش سلامت رواني و انعطاف پذيري افراد گردد، همخوان است. در اين رابطه بررسي پن و بروکس (۲۰۰۰) در رابطه با مدل های مختلف رفتار درماني عقلاني هيچاني در درمان افراد معتاد نشان داد که درمان های رويکرد رفتار درماني عقلاني هيچاني با ساختارهای مختلف از جمله پذيرش خويشتن موجب بهبود بيماري های همبود با اعتياد و افزايش سلامت رواني در اين افراد می گردد. همچنين نتايج کندی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان های روانشناختي باعث افزايش سلامت عمومي افراد معتاد می گردد. نتايج کلارک و همکاران (۲۰۱۲) در بررسي خود نشان دادند که درمان های شناختي موجب بهبود افسردگي در افراد معتاد می شود. در توجه نتايج به دست آمده در مورد تأثير اين شيوه درماني روی سلامت رواني و مولفه های آن در افراد معتاد می توان بيان کرد که اين شيوه درماني با ارائه آموزش های روانشناختي، ارائه الگوهای جديد بررسي عقايد و ارائه تمرين های هدفمند توانسته است با تغيير محتوای شناختي شامل تغيير باورهای ناسالم و خود کم بينی به باورهای سالم و باورهای پذيرش

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 الیس، 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 نگرانی‌اش به تدریج کاسته و در نهایت به طور کامل متوقف می‌شود (نیان و درآیدن، 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. گرهمایی‌ها مملو از افرادی با مشکلات مشابه است، بنابراین معتاد بودن دیگر یک ننگ 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 سوء مصرف 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 حمایت‌کننده 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 موفقیت‌ها 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 در جهت پرهیز از مواد مخدر افزایش می‌دهد (برابویت، ۲۰۰۴). در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام این اعتقاد وجود دارد که شرکت در انجمن ممکن است به شرکت‌کننده‌ها 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

توضیح این یافته می‌توان گفت که گروه‌های خودیاری معتادین گمنام با فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی، افزایش روابط میان فردی افراد معتاد و ارائه الگوها و راهکارهای عملی در حل مشکل اعتیاد به ویژه افسردگی نقش به‌سزایی 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 خویشتن 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 نا سالم 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 سم‌زدایی را گذرانده‌اند را گوشزد می‌کند. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم وجود گروه کنترل برای مقایسه تأثیر هریک از روش‌های مداخله‌ای 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 در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق همه افراد داوطلب در گروه‌های مداخله‌ای تحقیق قرار گرفتند، بنابراین تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود. می‌توان در پژوهش‌های بعدی این شیوه درمانی را در روی گروه‌های دیگری از افراد عادی و افراد معتاد اجرا کرد که در آن امکان تشکیل گروه کنترل و مقایسه وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش در بخش گروه درمانی می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه معتادین در مراکز ترک اعتیاد که بیشتر جنبه درمان دارویی دارند اشاره کرد. در این چارچوب پیشنهاد

می شود که این بررسی در جمعیت های دیگر معتادین از قبیل کمپ 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، بنابراین 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 شائبه و حمایت مالی از این پژوهش داشته باشیم.

منابع

- انجمن جهانی معتادین گمنام (۱۳۸۸). *راهنمای کارکرد قدم معتادین گمنام*. ترجمه: کمیته ترجمه دفتر خدمات جهانی معتادین گمنام ایران. تهران: انتشارات کیمیا اثر.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان شناسی*، ۴(۵)، ۳۸۱-۳۹۸.
- ثقه الاسلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار و عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی اردبیل*، ۴(۲)، ۳۳-۳۸.
- خدایار فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زرد خانه، سعید؛ غباری بناب، باقر، سهرابی، فرامرز و یونس، جلال. (۱۳۸۷). اثر بخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۲۸۳-۲۹۰.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). *روانشناسی جنایی*. تهران: انتشارات سمت.
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). *اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روان پزشکی تهران.
- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ رحیمی، عباس و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش پسخوراند عصبی بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۴، ۷۷-۸۵.
- سراج خرمی، ناصر و اصفهانی اصل، مریم. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان اعتیاد بر وضعیت سلامت روانی، عزت نفس و قضاوت اخلاقی معتادین به مواد مخدر. *چکیده مقالات همایش ملی آسیب شناسی روانی و اجتماعی، معاونت پژوهشی*. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

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

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

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

کتیبایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاده؛ قنبری، سعید و سیدموسوی، پریناسادات. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلا به HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۳۹-۱۲۵.

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(۲۴)، ۱۲-۱.

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

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

هادیان، مبارک؛ نوری، علی و ملک پور، 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., Kiltza, 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., Fletcherera, Lindsay B., Seignourelb, Paul J., Buntinga, Kara., Herbst, 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.
- McCrary, B.C., Ziedonis, D. (). (2001). American Psychiatric Association Practice Guideline for substance Use Disorders. *Behavior Therapy*, 32, 309-336.
- Maremmani 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, yusooff 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>.