

Comparison of the efficacy cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on signs in stimulants substance users (Methamphetamine)

Ali Rahim Ph.D student

psychology of Marvdasht Azad University, Fars, Iran.

Nadereh Sohrabi Ph.D

Assistant of Department, Marvdasht Azad University, Fars, Iran.

Azarmidokht Rezaei Ph.D

Assistant of Department, Marvdasht Azad University, Fars, Iran.

Sirous sarvghad Ph.D

Assistant of Department, Marvdasht Azad University, Fars, Iran.

Abstract

The purpose of this Study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on signs of stimulants substance users (Methamphetamine). The statistical population of this study were all male substance users (methamphetamine) who were referred to treatment centers in Shiraz. Participant in this study were 28 methamphetamine users selected in a purposive sampling method who were assigned to three groups randomly: two test groups and one control group, one test group received intervention based on group cognitive-behavioral therapy -matrix-model; the other test group received intervention according to group therapy based on acceptance and commitment. Twenty four sessions of 45-minute therapy were given to test groups; whereas control group received no intervention. Assigned Tool involved: Signs Substance Use Questionnaire. (Ghodradi, 1389). All participants responded to before and after the intervention, and 3 months follow up. was use analysis of covariance test and Tukey post hoc test. The results search showed the between effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and control group 2- the between effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment control group 3- between efficacy cognitive behavioral group therapy and acceptance and commitment group therapy was significant difference on the reducing signs in substance user at post-test and follow up ($p < 0/001$).

Keywords: therapy group, cognitive behavioral, acceptance and commitment. stimulants substance users (Methamphetamine).

مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین)

علی رحیمی

دانشجو دکتری دانشگاه آزاد مرودشت، فارس، ایران.

نادره سهرابی*

استادیار دانشگاه آزاد مرودشت، فارس، ایران.

آذر میدخت رضایی

استادیار دانشگاه آزاد مرودشت، فارس، ایران.

سیروس سروقد

استادیار دانشگاه آزاد مرودشت، فارس، ایران.

چکیده

هدف پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین) بود. این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایش بود. جامعه آماری شامل کلیه مردان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین) بودند که به مراکز درمانی سرپایی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۲۸ مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه شامل: ۹ نفر گروه آزمایشی مداخله درمان گروهی شناختی رفتاری مدل ماتریکس، ۸ نفر گروه آزمایشی مداخله درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد که در ۲۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در ۱۲ هفته (هفته‌ای ۲ جلسه) از مداخله‌های درمانی بهره بردند؛ و ۱۲ نفر گروه کنترل که مداخله درمانی دریافت ننمود. ابزار اندازه‌گیری شامل: پرسشنامه سنجش علائم اختلال مصرف مواد (قدردی و همکاران، ۱۳۸۹). در قیل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری سه ماهه توسط سه گروه تکمیل گردید. برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد نتایج پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و گروه کنترل، بین اثربخشی درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد و گروه کنترل و بین اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$).

واژه های کلیدی: درمان گروهی شناختی رفتاری، درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد، مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین)

مقدمه

اگرچه بارها اهمیت این ارتباط و پذیرش وسوسه برای مصرف به‌عنوان یک مفهوم معتبر و مستقل توسط محققان بررسی شده است، با این وجود در سال‌های اخیر پژوهش‌های مختلفی با ابعاد زیست‌شناختی و روان‌شناختی این پدیده به سرعت رشد نموده است (بادگر و همکاران، ۲۰۱۴). بسیاری از محققان عمده در این حوزه در هنگام به‌کارگیری این واژه مجموعه طیف گسترده پدیدار شناختی از پیش‌بینی و انتظار اثرات مثبت تقویتی مصرف مواد، قصد به انجام رفتار در مصرف مواد و تمایل درونی و فردی به مصرف مواد را مدنظر قرار می‌دهند (تیفانی^{۱۰}، ۲۰۰۹).

بیشتر مطالعات انجام شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان مصرف‌کنندگان مواد بر رویکرد شناختی- رفتاری به‌عنوان رویکردی مؤثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند. درمان شناختی- رفتاری^{۱۱} به آن دسته از درمان‌های روان‌شناختی اطلاق می‌شود که دارای وجوه مشترکی بوده که عمدتاً متمرکز بر شناسایی، ارزشیابی و اصلاح سطوح مختلف افکار و باورهای آسیب‌دیده بیمار است که با رفتار و هیجانات وی گره خورده است (مارلات و گوردن^{۱۲}، ۲۰۱۰). این رویکرد یک درمان مشکل مدار است که تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و عزت نفس پایین را مورد توجه قرار می‌دهد. هدف این درمان این است که نگرش‌های خودمحکوم‌کننده را کاهش داده و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود بخشد، به‌عبارت‌دیگر، درمان شناختی- رفتاری مداخله‌ای است که تغییر هیجانی و رفتاری را به وسیله آموختن شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل‌مدارانه، در فرد به وجود می‌آورد (کارول و رونسانیل^{۱۳}، ۲۰۱۵). درمان ماتریکس مشخصاً دارای مفاهیم وسیع و مؤلفه‌های متعدد شناختی و رفتاری هستند و با هدف افزایش تطابق فرد با محیط و تلاش‌هایی به‌منظور جلوگیری از پیامدهای منفی شرایط فشارزا عمل می‌کنند (راوسن، گنزالس، گرینول و چالک، ۲۰۱۱).

مصرف مواد مخدر و محرک یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانتر^۱، ۲۰۰۶)؛ که تأثیرات مخرب روانی و جسمانی مواد محرک به مراتب بسیار شدیدتر از سایر مواد مخدر است در حال حاضر شیوع مصرف مواد محرک‌ها به‌خصوص مت‌آمفتامین^۲ که یک ماده اعتیادآور شدید است رو به افزایش است (ارام، بالی، لوین و سی^۳، ۲۰۱۶). مت‌آمفتامین ماده‌ای متفاوت از دیگر محرک‌هاست که آثار جسمانی، روان‌شناختی، و محیطی بسیار خطرناکی از خود برجای می‌گذارد (سیور^۴، ۲۰۱۵). مصرف مت‌آمفتامین با فعالیت‌های جنایت‌کارانه (وینسلو^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) و علائم روانپزشکی و عصبی و تغییر در ظاهر جسمانی همراه است. اکثر مصرف‌کنندگان بعد از مصرف، آثار فوری مت‌آمفتامین را تجربه می‌کنند. این آثار شامل افزایش انرژی، تیز شدن حواس، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون و تنفس، کاهش زمان واکنش و اشتها می‌شود همچنین، فعالیت‌های پرخطر جنسی و انتقال ویروس نقص ایمنی اکتسابی با مصرف مت‌آمفتامین همراه است (کوهن، گرینبرگ، یوری، هالپین و ژبین^۶، ۲۰۱۵).

از مهم‌ترین علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین وسوسه^۷ است. در بسیاری از تعاریف امروزی از وابستگی دارویی مانند حس وسوسه مصرف به‌عنوان پدیده مرکزی و عامل اصلی ادامه مصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره‌های درمانی شناخته می‌شود. وسوسه مصرف را می‌توان عامل ایجاد علائم ترک روانی و جسمانی دانست (بادگر^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). وسوسه را می‌توان میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد تعریف کرد، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روان‌شناختی و بدنی مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (هارتز، فردریک، اوسبورن و گالوی^۹، ۲۰۱۲). پژوهش پیرامون ارتباط مفهوم وسوسه مصرف مواد سابقه طولانی دارد،

1. Galanter
3. Aram, Bailey, Levin & see
5. Winslow
7. Craving
9. Hartz Ferdrick, Osborne, Galloway
11. Behavior Cognitive Therapy
13. Carroll & Rounsaville

2. Methamphetamine
4. Seewer
6. Cohen, Greenberg, Urea, Helpin & Spann
8. Badger
10. Tiffany
12. Marlatt & Gorden

از انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (هیز و استروسال، ۲۰۰۴).

با توجه به موارد ذکر شده این سؤال مطرح می‌شود: آیا بین موج دوم رفتاردرمانی (درمان گروهی شناختی رفتاری) نسبت به موج سوم رفتاردرمانی (درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد) بر مؤلفه مهم کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) چه تفاوت معناداری وجود دارد؟

بر این اساس اهمیت و ضرورت این تحقیق از این جهت است که درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد به صورت جدیدترین و پرکاربردترین شیوه‌ها، یعنی شیوه گروهی که از حمایت تجربی فراوانی برخوردارند در مورد تعدادی از مردان مصرف‌کننده مت‌آفتماین که در کنترل وسوسه مشکل دارند اجرا شود؛ بنابراین هدف پژوهش فوق در پی تبیین تفاوت اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در مقایسه با درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) است. فرضیه‌های تحقیق عبارت بود از:

۱. بین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و گروه کنترل بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) تفاوت معناداری وجود دارد.

۲. بین اثربخشی درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) تفاوت معناداری وجود دارد.

۳. بین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) تفاوت معناداری وجود ندارد.

۴. بین اثربخشی درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین) تفاوت معناداری وجود دارد.

۵. بین اثربخشی درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر

اگرچه پژوهشی مربوط به درمان بر پایه پذیرش و تعهد نسبتاً جدید است، توجه زیاد و رو به شتابی را دریافت کرده است. در سال ۲۰۱۰، درمان بر پایه پذیرش و تعهد به فهرست ملی برنامه‌ها و شیوه‌های مبتنی بر شواهد اداره خدمات سلامت فکری و مصرف مواد امریکا اضافه شد (اداره خدمات سلامت فکری و مصرف مواد، ۲۰۱۰؛ به نقل از هیز و لوین، ۲۰۱۲). در سال‌های اخیر تحقیقات متفاوتی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد صورت گرفته است؛ که حاکی از کارایی این رویکرد بر افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است. در مورد مصرف شدید مواد شواهد نشان می‌دهد که درمان بر پایه پذیرش و تعهد در مقایسه با سایر روش‌های درمانی به همان اندازه مؤثر است (اسموت و همکاران، ۲۰۱۰)؛ و به این گونه تعریف شده است: پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجان‌ها، و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجاد شده است؛ بدون تلاش‌های غیرضروری برای تغییر فراوانی یا شکل آن‌ها، مخصوصاً موقعی که اعمال چنین تغییری موجب آسیب روان‌شناختی می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۶).

یک تفاوت کلیدی بین رویکردهای درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری، تأکید بر راهبردهای ذهن آگاهی و پذیرش برای کاهش اثر انگیزه‌های درونی بر رفتار مصرف مواد است (لی، آن، لوین و توهیگ، ۲۰۱۵). درمان بر پایه پذیرش و تعهد یکی از مدل‌های معروف نسل سوم درمان‌ها است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی شناختی را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). چنانچه این رویکرد برای اختلالات مصرف مواد به کار رود، مراجعین، به جای مصرف مواد، با روش‌های پذیرش و ذهن آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت روبه‌جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهم‌انگ است (لی و همکاران، ۲۰۱۵). همین‌طور، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجان‌ها خود را بپذیرد و زندگی در اینجا و اکنون

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سنجش علائم اختلال مصرف مواد^۱: این پرسشنامه توسط فدردی، برعرفان و امین‌یزدی (۱۳۸۹) ساخته شده است که از ۲۰ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و علائم اختلال مصرف بکار می‌رود نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ و اصلاً درست نیست = ۰) است حداقل امتیاز ممکن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. نمرات بالاتر بیانگر بیشتر بودن علائم اختلال مصرف مواد پس از ترک است. میزان پایایی این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ (۰/۹۴) به دست آمد. برای سنجش روایی از پرسشنامه اطمینان موقعیتی، آنیس و گراهام^۲ (۱۹۸۸) $r=۰.۵۳$ $p<۰/۰۰۱$ هوس روانی (راب^۳ و همکاران، ۲۰۰۴) $r=۰.۴۸$ $p<۰/۰۰۱$ و عواطف مثبت، $r=۰.۳۲$ $p<۰/۰۰۱$ منفی، $r=۰.۵۵$ $p<۰/۰۰۱$ واتسون، کلارک و تلگان^۴ (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأییدکننده روایی آن است (فدردی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است. دو مورد از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از ۱- احساس می‌کنم که دیگر نمی‌توانم جلوی مصرف مواد را بگیرم ۲- فکر مصرف مواد نمی‌گذارد به سایر کارهایم برسم.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در ابتدا به ۵ مرکز از مراکز درمانی سرپایی منطقه ۵ شهر شیراز مراجعه نموده و لیستی از مردان مصرف‌کننده مواد (مت‌آفتمین) که در مرحله ترک مواد به سر می‌بردند تهیه گردید، سپس مراجعه‌کنندگان به این مراکز، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته شدت اعتیاد انجام شد و سپس در مورد تشکیل جلسات درمان گروهی به شیوه شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد با آن‌ها صحبت شد و فرم رضایت آگاهانه را در اختیار آن‌ها قرار داد و پس از موافقت و امضای فرم مذکور و با برگزاری مصاحبه بالینی

گروه کنترل بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتمین) تفاوت معناداری وجود دارد.

۶. بین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتمین) تفاوت معناداری وجود ندارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه مردان مصرف‌کننده مواد (مت‌آفتمین) که به مراکز درمانی سرپایی شهر شیراز در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده، و در حال سپری کردن دوران ترک مصرف مواد بودند، روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود، که بر اساس ملاک‌های ورود که عبارت بودند از: مردان وابسته به مت‌آفتمین، مصرف غالب مت‌آفتمین نسبت به سایر مواد حداقل به مدت ۶ ماه، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی الکل و مواد مخدر، زمان ورود به درمان داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن تحصیلات در سطح حداقل راهنمایی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج که عبارت بودند از: داشتن علائم سایکوز، غیبت پیش از پنج جلسه انتخاب گردیدند، شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۲۸ مصرف‌کننده مت‌آفتمین که به صورت تصادفی در ۳ گروه شامل: گروه آزمایشی مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروهی شناختی رفتاری مدل ماتریکس، مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد که در ۲۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طی ۱۲ هفته (هفته‌ای ۲ جلسه) از مداخله‌های درمانی بهره بردند؛ و گروه گواه که مداخله درمانی دریافت نمودند. ارزیابی‌ها با استفاده از پرسشنامه علائم اختلال مصرف مواد در قیل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری سه ماهه تکمیل گردید.

1. Signs Substance use Questionnaire
3. Rabe

2. Annis & Graham
4. Watson, Clark & Tellegen

از گروه آزمایش و گروه گواه ۴ نفر به دلیل استفاده همزمان متادون از ادامه پژوهش کنار گذاشته شدند؛ بنابراین نتایج با بررسی بر روی ۱۷ نفر از گروه‌های آزمایش (۹ نفر گروه آزمایشی مداخله درمان گروه شناختی رفتاری، ۸ نفر گروه آزمایشی مداخله درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد) و ۱۱ نفر از گروه گواه به دست آمد. پروتکل‌های درمانی به شرح ذیل می‌باشند:

۱. پروتکل درمان گروهی شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس

در این پژوهشی از ویرایش چهارم پروتکل درمانی ماتریکس اینکاسی استفاده شده است (مکری، ۱۳۹۴).

شاخص شدت اعتیاد (بخش مربوط به وضعیت روانپزشکی) به‌عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند که ۳۶ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید، شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌صورت تصادفی در ۳ گروه، که شامل: گروه آزمایشی (مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروه شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس، مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد) اجرا شد؛ و گروه کنترل که مداخله درمانی دریافت نمود. ارزیابی‌ها با استفاده از پرسشنامه سنجش علائم اختلال مصرف مواد در قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری سه ماهه تکمیل گردید، در این پژوهش، ۶ نفر در گروه آزمایش به علت عدم شرکت به مدت پیش از پنج جلسه متوالی و همچنین ۷ نفر

جدول ۱. خلاصه محتوای اصلی جلسات درمان گروهی شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس اینکاس

جلسات	محتوای جلسه	جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱	چرامواد را ترک می‌کنیم؟ (ترازوی تغییر)	جلسه ۲	شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها، ...)
جلسه ۳	سیر بهبودی	جلسه ۴	شروع کننده‌ها بیرونی
جلسه ۵	شروع کننده‌های درونی	جلسه ۶	مشکلات عمده بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده
جلسه ۷	مشکلات عمده بهبودی: کاهش انرژی و توان	جلسه ۸	مشکلات عمده بهبودی: مصرف نایجابی دارو و مواد دیگر بعنوان جایگزین
جلسه ۹	وسوسه	جلسه ۱۰	با وسوسه چه باید کرد؟
جلسه ۱۱	راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	جلسه ۱۲	افکار، احساسات و رفتارهای زمینه ساز مصرف
جلسه ۱۳	احساس بی‌حوصلگی و افسردگی	جلسه ۱۴	جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری کننده
جلسه ۱۵	جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعدکننده	جلسه ۱۶	کار و بهبودی
جلسه ۱۷	شرم و گناه	جلسه ۱۸	مشغول ماندن
جلسه ۱۹	انگیزه برای بهبودی	جلسه ۲۰	راستگویی
جلسه ۲۱	پاکی کامل	جلسه ۲۲	روابط جنسی اعتیادگونه
جلسه ۲۳	پیشگیری عود و جلوگیری از آن	جلسه ۲۴	زرننگ باشید نه قوی

تک متغیره و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

۲. پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد

همچنین، در این پژوهش از پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد (هیز، ویلسون، گیفورد و بتن^۱ ترجمه اصغری و همکاران، ۱۳۹۳). استفاده گردید.

ابتدا از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای متغیر کاهش علائم اختلال مصرف مواد استفاده شد. سپس برای آزمون فرضیه تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس

یافته‌های پژوهش
شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر کاهش علائم اختلال مصرف مواد به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسه	جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱: آماده شدن برای شروع	جلسات ۲ و ۳: آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود	جلسات ۴ و ۵: مواجهه با سیستم ناامیدی خلاق	جلسات ۶ و ۷: مسئله اصلی، کنترل هیجانات افراطی است
جلسات ۸ و ۹: تمایل هیجانی	جلسات ۱۰ و ۱۱: تمایز فرد از برنامه‌ریزی	جلسات ۱۲ و ۱۳: موانع پذیرش هیجانی جلسات ۱۸ و ۱۹: ارزش‌ها و اهداف	جلسات ۲۰ و ۲۱: پذیرش مسئولیت برای تغییر رفتار
جلسات ۲۲ و ۲۳: گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن و پایبندی به آن			

جدول ۳. آمار توصیفی متغیر کاهش علائم اختلال مصرف مواد

مراحل پژوهش	شناختی رفتاری	بر پایه پذیرش و تعهد	کنترل
تعداد	۹	۸	۱۱
پیش‌آزمون	۷۲/۸۹	۶۹/۵	۷۰/۰۹
میانگین	۸/۷۲	۱۲/۳۱	۱۲/۴۱
انحراف از معیار	۴۹/۳۳	۴۴/۳۳	۷۰/۰۹
پس‌آزمون	۱۲/۷۳۵	۱۱/۹۵	۱۲/۴۱
میانگین	۵۵/۰۳	۵۲/۲۵	۶۹/۲۷
پپیگیری	۱۴/۱۱	۱۳/۶۷	۱۲/۴۲
انحراف از معیار			

برای بررسی فرضیه‌های (۱-۲-۳-۴-۵-۶) از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. برای انجام این آزمون ابتدا پیش فرضیات بررسی شدند. نتایج نشان داد که متغیر علائم اختلال مصرف مواد از توزیع نرمال آماری پیروی می‌کند ($p=0/201$)؛ و همچنین، با استفاده از آزمون لوین مشاهده شد که فرض برابری واریانس‌ها در متغیر علائم اختلال مصرف مواد برقرار است ($p=0/321$). با توجه به آزمون‌های فوق تمام شرایط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برقرار بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	۲۳۸۵/۰۵۵	۱	۲۳۸۵/۰۵۵	۲۷/۷۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۸۹
گروه	۲۱۹/۷۰۱	۳	۱۰۹۷/۸۵	۱۲/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۸۱

بر اساس جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره حکایت از اثربخشی روش درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف در مرحله پس‌آزمون مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آمفتامین) دارد ($p=0/001$). برای نشان دادن اینکه کدام درمان‌ها بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد اثربخش‌تر در مرحله پس‌آزمون است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی توکی برای متغیر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پس آزمون

سطح معناداری	خطای انحراف از معیار	اختلاف میانگین‌ها	سطح معناداری
۰/۰۰۱	۴/۶۶۴	۰/۳۸۳	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)
۰/۰۰۱	۴/۳۱۳	۱۸/۱۳۱*	کنترل
۰/۰۰۱	۴/۳۰۹	-۱۸/۵۱۴*	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)

بر اساس جدول ۵ مشاهده می‌شود فرضیه‌های ۱- بین اثربخش درمان گروهی شناختی رفتاری و گروه کنترل ۲- بین اثربخش درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد و گروه کنترل ۳- بین اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پس آزمون مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت آمفتامین) تفاوت معناداری وجود دارد مورد تأیید قرار می‌گیرند ($p=۰/۰۰۱$). برای بررسی مقایسه بین روش‌های درمانی بر کاهش علائم اختلال مصرف در مرحله پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد (مت آمفتامین) از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیگیری	۲۳۲۷/۶۹۴	۱	۲۳۲۷/۶۹۴	۳۷/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۸۹
گروه	۶۳۶۸/۱۴۴	۳	۳۱۷۴/۰۷۲	۵۰/۷۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۲

بر اساس جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس حکایت از اثربخشی روش درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف در مرحله پیگیری مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت آمفتامین) دارد ($p=۰/۰۰۱$). برای نشان دادن اینکه کدام درمان‌ها بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد اثربخش‌تر در مرحله پیگیری است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۷. آزمون تعقیبی توکی متغیر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پیگیری

سطح معناداری	خطای انحراف از معیار	اختلاف میانگین‌ها	مقایسه گروه‌ها
۰/۰۰۱	۳/۹۷۹	۳/۰۴۳	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)
۰/۰۰۱	۳/۶۷۹	-۲۹/۵۴۵*	کنترل
۰/۰۰۱	۳/۶۷۶	-۳۲/۵۸۸*	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)

بر اساس جدول ۷ مشاهده می‌شود فرضیه‌های ۴- بین اثربخش درمان گروهی شناختی رفتاری و گروه کنترل ۵- بین اثربخش درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد و گروه کنترل ۶- بین اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مرحله پیگیری مبتلایان

مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتامین) تفاوت معناداری وجود دارد مورد تأیید قرار می‌گیرند ($p=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخش درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتامین) انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد توانستند که بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پس‌آزمون و پیگیری اثربخش باشند؛ و همچنین، در کاهش علائم اختلال مصرف مواد بین اثربخشی روش‌های درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین اسموت^۱ و همکاران (۲۰۱۵). با عنوان مقایسه دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان بر پایه پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف‌کنندگان مواد؛ کارول و همکاران (۲۰۱۵). با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی در درمان و پیشگیری از عود؛ لئو هیم^۲ و همکاران (۲۰۱۵). با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وسوسه؛ حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد، زردخانه (۱۳۸۹). با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانش‌گری، ولع مصرف؛ مؤمنی، مشتاق، پورشهباز (۱۳۸۹). با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق؛ کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۲). با عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف؛ کشاورزی، وزیری، لطفی کاشانی (۱۳۹۴). با عنوان تأثیر همراه‌سازی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل همخوان و با تحقیق رویز (۲۰۱۲). با عنوان درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری در مصرف‌کنندگان مواد ناهمخوان است.

در تبیین یافته اثربخشی درمان‌های مذکور می‌توان اظهار

داشت که در میان مصرف‌کنندگان مواد، وسوسه از بزرگ‌ترین مشکلاتی است، که این بیماران با آن مواجه هستند و عامل بسیاری از بازگشت‌های آن‌ها به سمت مصرف دوباره است. در بسیاری از متون اخیر مربوط به وابستگی به مواد، وسوسه به‌عنوان یک مفهوم مرکزی در نظر گرفته می‌شود که در تداوم اختلال مصرف و وقوع عود شرکت دارد (فرانکن^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین وسوسه مواد یک حالت عاطفی است، که نشان‌دهنده فعال شدن انگیزه و سیستم اکتسابی مواد است، که به‌صورت خاص با ذهنیات، رفتار و شناخت در ارتباط است (بادگر و همکاران، ۲۰۱۴).

بر طبق تئوری شناختی، وابستگی به مواد نتیجه تعامل پیچیده میان شناخت‌ها (افکار، باورها و طرح‌واره‌ها)، ارزش‌ها، عقاید، انتظارات، رفتارها، احساسات، روابط خانوادگی و اجتماعی، تأثیرات فرهنگی و فرآیندهای زیستی و فیزیولوژیکی است. تمرکز درمان بر فرآیندهای شناختی است که به‌نوعی با سیستم هیجانی، محیطی و فیزیولوژیکی است. تمرکز درمان بر فرآیندهای شناختی است که به‌نوعی با سیستم هیجانی، محیطی و فیزیولوژیکی فرد مداخله کرده و احتمال وابستگی فرد را بالا می‌برد (جاللی و توکر^۴، ۲۰۱۲). تمرکز درمان ماتریکس بر انجام مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر برای درک، اجتناب و مقابله با شرایطی است که احتمال مصرف افزایش می‌یابد. به عبارتی تأثیر این درمان در اختلال مصرف مواد، تکیه عمده بر پیشگیری از عود و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای است که در طی این جلسات مهارت‌ها آموزش داده شد (مکری، ۱۳۹۴).

ازجمله عواملی که موفقیت درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد را افزایش داده است خودکارآمدی در افرادی است که وارد درمان شده‌اند. بندورا^۵ (۱۹۹۹) معتقد است که افراد زمانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند در مقابل وسوسه مصرف مواد از توانایی کمتری برخوردارند و این در حالی است که رابطه آموزش درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد با افزایش خودکارآمدی طی تحقیقات زیادی تأیید شده است. شرایط روانی افراد یکی از عوامل برانگیزاننده خودکارآمدی به مصرف است. خلق منفی و تجربه اضطراب

1. Smout
3. Franken
5. Bandura

2. Livheim
4. Jualie & Toker

را به زنان مصرف‌کننده این ماده و همچنین سایر مصرف‌کنندگان مواد تعمیم داد؛ و همچنین به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، ارزیابی اثربخشی رویکردهای درمانی در یک دوره زمانی سه ماهه صورت گرفت؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد. به منظور اثربخشی درمان در گروه‌های مختلف به منظور تعمیم نتایج به جوامع بزرگ‌تر، مطالعاتی شبیه به این مورد بر روی گروه‌های مصرف‌کننده سایر مواد، سنین مختلف و همچنین زنان انجام شود؛ و همین‌طور این بیماری با عودهای مکرر همراه بوده و مداخلات بر این امر تأکید دارند تا از عودهای مکرر جلوگیری نمایند؛ بنابراین برای ارزیابی وسیع‌تر لازم است تا پیگیری‌ها به صورت طولانی مدت انجام شوند.

سپاسگزاری

در پایان از همه مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین شرکت‌کننده در این تحقیق و همچنین از مراکز محترم ترک اعتیاد که صبورانه در اجرای مداخله‌ها و مراحل آزمون همکاری لازم مبذول داشته‌اند قدردانی می‌گردد.

منابع

- ایزدی، ر.، عابدی، م. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.
- حدادی، ر.، رستمی، ر.، رحیمی نژاد، ع.، و اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانش‌گری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴ (۱۰): ۵۱-۳۰.
- ریچارد، ه.، سوزان، کراس، یتبورن، ب. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5* جلد اول. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- صالحی فدردی، ج.، برعرفان، ز.، امین‌یزدی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم‌زدایی. *فصلنامه مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱ (۲): ۲۹-۵۶.
- کشاورزی، ا.، وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۴). تأثیر همراه‌سازی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال مصرف به کراک، *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶ (۳): ۲۵-۳۳.
- کیانی، ا.، قاسمی، ن.، پورعباس، ع. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی

و خشم یا بالعکس آن خلق بالا از عوامل سوق‌دهنده فرد به خودکارآمدی به ترک مصرف می‌باشند؛ بنابراین درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد با خلق منفی و کنترل اضطراب به صورت غیرمستقیم بر تجربه خودکارآمدی اثر می‌گذارد (تیفانی، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسه بیماران مصرف‌کننده مواد مؤثر است. نمرات پس‌آزمون میزان وسوسه، تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد را بر کاهش میزان وسوسه بیماران مصرف‌کننده مواد تأیید می‌کند (بادگر و همکاران، ۲۰۱۴).

همین‌طور، در این درمان، مصرف‌کنندگان مواد توانستند تجربیات خود را بپذیرند و تحمل خود را افزایش دهند و به همان میزان از تجربیات قبلی و افکار مصرف‌کننده خود فاصله بگیرد. در حقیقت، به کارگیری سازوکارهای رویکرد درمانی پذیرش و تعهد همچون پذیرش، تجربه زمان حال، مشاهده افکار بدون قضاوت و درگیر شدن با آن تنظیم هیجان افراد را بهبود می‌بخشد. این موارد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش می‌دهد و این امر توانایی فرد را برای کنار آمدن با افکار اضطراب‌آمیز، وسوسه مصرف مواد، و عوارض ترک به‌عنوان شاخص‌هایی اصلی در تداوم مصرف این افراد افزایش می‌دهد (بلاکلج و هیز، ۲۰۱۴).

در تبیین کاهش اثربخشی درمان‌های مذکور در مرحله پیگیری، وجود اهداف درمانی مناسب، الزاماً به منزله درمان اثربخشی نیست. قابلیت کاربرد و اثربخشی شیوه‌های درمانی مختلف به هنگام کارآمادهای بالینی و دستیابی به اهداف درمانی، به عوامل مختلفی بستگی دارند: عواملی همچون انتخاب گروه‌های هدف مناسب، انتخاب روش درمانی متناسب با نیازهای بیمار، انتخاب مکان مناسب اجرا، اجرای مداخله در زمان مناسب، تبعیت از دستورالعمل درمان (سیدمحمدی، ۱۳۹۴). اهداف ذکر شده در این پژوهش با انتخاب درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد در کوتاه‌مدت گزینه مناسبی بوده اما به‌عنوان یک مداخله طولانی مدت تأثیر آن کاهش یافته است. پس بهتر است در طولانی مدت به‌عنوان درمانی مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی به کار روند.

با توجه به اینکه این پژوهش در مورد مردان مصرف‌کننده مت‌آفتامین صورت گرفته نمی‌توان نتایج آن

- from reward to motivated attention. *European Journal of pharmacology*, 526, 199-206.
- Galanter, M. (2016). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
- Hartz, D. T., Ferdrick-osborne, S. L., Galloway, G. P. (2012). Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: A prospective, repeated-measures, within subject analysis. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 63: 269-276.
- Hayes, S. C., Bissett R. T, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al (2016). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*, 49(1): 33-47.
- Hayes, SC., Levin, M. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Jualie, A. T. & Tucker, D. (2012). *Changing in addictive behavior*. New York: The Guilford press
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... & Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent Craving: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (2010) *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addiction behaviors*. New York: Guilford.
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- Rawson, R.A.; Gonzales, R.; Greenwell, L.; & Chalk, M. (2011). Process-of-care measures as predictors of client outcome among a methamphetamine-dependent sample at 12- and 36-month follow-ups. *Psychoactive Drugs*, 44(4), 342-9. DOI: 10.1080/02791072.2012.718-653.
- Raabe, Almut., M. Grüsser, Sabine., Wessa, Michèle., Podschus, Jan & Flor, Herta., (2004). The assessment of craving: psychometric properties, factor structure and a revised version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Society for the Study of Addiction*, 100, 227-234.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3).
- Seewer, N. (2015). The effects of adult attachment styles on treatment outcome of methamphetamine
- روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان بر مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۸): ۳۶ - ۲۷.
- مکری، ا. (۱۳۹۴). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. تهران: انتشارات سپیدبرگ.
- مکری، ا.، اختیاری، ح.، عدالتی، ه.، گنجگاهی، ح. (۱۳۸۷). ارتباطات میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هرویین. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳): ۸۰ - ۲۶۹.
- مؤمنی، ف.، مشتاق، ن.، پور شهباز، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، سال ۴ (۱۱): ۹۷-۸۳
- هیز، ا.، ویلسون، ک.، گیفورد، ا.، و بتن، س. (۱۳۹۳). پروتکل درمان پذیرش و تعهد برای افراد سوء مصرف‌کننده مواد، مترجمان: فرهاد اصغری، سجاد بهرامی، میلاد خواجه‌پور، و سعید دباغ قزوینی. تهران: انتشارات پژوهاک هنر و اندیشه
- Aram, P. W., Bailey. G. J. R., Lavin, A., See. R. (2016). Methamphetamine Self Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69, 253-259.
- Badger, J., Bickel, W. K., Giordano, L. A., Jacobs, E. A., Lowenstein, G., Marsch, L. (2014). Altered states. The impact of immediate craving on the valuation of current and future proids. *Journal of Health Economics*, 26: 865-876.
- Bandura, A. (1999). *Social learning theory. cognitive therapy and emotional disorders*. New York; International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York (NY): Guilford.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2014). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-245.
- Carroll, K. M., Farentinos, C., Ball, S. A., Crits-Christoph, P., Libby, B., Morgenstern, J., Obert, J. L., Polcin, D., & Woody, G. E. (2015). MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 73-80.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. (therapies research in the addictions. *Addiction*, 102: 850-862.
- Cohen, J. B., Greenberg, R., Uri, J., Halpin, M., & Zweben, J. K. (2015). Women with Methamphetamine Dependence: Research on Etiology and Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 4, 347-351.
- franken, I. H. A., Booug, J., & Van Den Brink, W. (2012). The role of dopamine in human addiction;

- abuser. Proquest LLC. 789 east Eisenhower parkway.
P.O. Box 1346. Ann Arbor, MI. 3376385. 48106-1346.
- Tiffany, S.T. (2009). Cognitive concepts of craving, *Alcohol Research and Health*, 23(3), 215-224.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 1063-1070.
- Winslow, B. T., Woorhees, I. K., & Pehl, A. K. (2015). Methamphetamine Abuse. *American Academy of Family Physicians*, 76, 1169-1174.