



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHIATRY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHIATRIE
UND SONNEN- & LICHTE
Therapie
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده انتخاب درمان‌های دارویی (MMT) و درمان‌های غیردارویی (عضویت در گروه‌های خودیار) در پرهیزسوء مصرف کنندگان مواد

دکتر محمد نریمانی^۱ - فاطمه ایرانی^۲ - فرزاد کریم نژاد^۳ - نسیم پیرینی خواه^۴

چکیده

زمینه و هدف: به منظور درمان اعتیاد رویکردها و روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است. روش‌هایی مانند درمان سرپایی از طریق متادون و همچنین درمان در گروه‌های معتادین گمنام. عوامل متعددی در انتخاب روش‌های ترک و پرهیز از مواد وجود دارد که سوء مصرف کنندگان آن را برای پرهیز انتخاب می‌کنند به این منظور هدف این پژوهش بررسی سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده انتخاب درمان‌های دارویی (MMT) و درمان‌های غیردارویی (عضویت در گروه‌های خودیار) در پرهیزسوء مصرف کنندگان مواد است. **روش بررسی:** این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرپایی و افراد عضو گروه‌های خودیاری که تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر از گروه خودیار، ۳۰ نفر تحت درمان با داروی متادون) به صورت در دسترس انتخاب شدند. مولفه‌های روان‌تنی پرسشنامه‌ی SCI90 برای سنجش ویژگی شاخص‌های روان‌تنی و پرسشنامه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) استفاده شده است **یافته‌ها:** این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران دریافت کننده دارو و بیماران عضو گروه‌های خودیار تفاوت معنی داری در دو مقیاس سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی در سطح $P < 0.0001$ دارند. آزمون تحلیل ممیز نیز نشان داد که بر پایه‌ی دو متغیر سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی می‌توان ۸۵ درصد بیماران انتخاب درمان دارویی و غیر دارویی را از یکدیگر متمایز کرد. **نتیجه گیری:** پژوهش حاضر نشان می‌دهد سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی معتادین عضو گروه‌های خودیاری نسبت به معتادین مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی (MMT) وضعیت مطلوب تری دارد است که نشان دهنده‌ی اثر بخشی عضویت در این گروه‌ها در فرایند بهبود و درمان معتادین به حساب می‌آید.

کلید واژه: سلامت عمومی، شاخص روان‌تنی، درمان دارویی و غیر دارویی و سوء مصرف کنندگان مواد

^۱ - استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

^۲ - نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز Fatemeh.irani.ouchbolagh@gmail.com

^۳ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

^۴ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

GENERAL HEALTH AND PSYCHOSOMATIC INDEX AS PREDICTOR FACTORS OF CHOOSING BETWEEN DRUG TREATMENTS AND NON DRUG TREATMENTS IN TREATMENT PROCESS OF SUBSTANCE ABUSERR

Abstract

Objective: for drug treatment were suggested different procedures and methods. Methods like outpatient treatment by Methadone and treatment in N.A. groups. There are many factors for choosing the methods of addiction treatment that substance abusers select the methods by consideration of them. For this, the aim of this research is the investigation of general health and psychosomatic index as predictor factors for choosing drug treatments and non drug treatments (membership in self-help group) for avoidance of substance abusers. **Research methods:** the research method is causal-comparative and correlation. Research population was included patients referring to outpatient clinics and members of self-help groups that were chosen 60 people (30 people from self-help groups, 30 people under treatment by Methadone). In this research were used SCI90 questionnaire for measurement of psychosomatic indexes and general health questionnaire of Goldberg. **Findings:** this research illustrate that patients receiving drugs and patients that are members in self-help groups, have significant differentiation in 2 scale of general health and psychosomatic index as $p < 0.0001$. Also path analysis test showed that in basis of 2 variables included general health and psychosomatic index can separate 85% of patients choosing drug treatments and non drug treatments from each other. **Result:** this research show that general health and psychosomatic index of members of self-help groups are better in comparison with addicted people referred to outpatient clinics. This show the effectiveness of membership in this groups in process of addiction treatment

Keywords: general health; psychosomatic index; drug treatments and non drug treatments; substance abusers

مقدمه:

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی جسمی و روانی معتادان شده لذا درمان آن از

خانواده شروع ، به محیط کاری گسترش و در سطحی وسیعتر در جامعه دنبال می شود (۱) اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به دلیل ماهیت زیستی-روانی-اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است. نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر این حقیقت است که مانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مصرف مواد اعتیادآور شامل ترکیبی از شیوه‌های جسمی و روانی است (قامت بلند ، ۱۳۸۱) در طی سالهای گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیر دارویی ایفای نقش کرده‌اند. از جمله درمان‌های دارویی موثر در طی سالهای گذشته و در حال حاضر، برنامه درمان نگهدارنده با داروی متادون است. در مصرف کنندگان اپیوئیدها، درمان دارویی غالب، مصرف داروی متادون است که در اغلب کشورهای دنیا در حال اجرا می‌باشد و نتایج مطالعات نشان داده است، که این دارو جایگزین مناسبی بخصوص برای اپیوئیدها بوده و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف ، علائم ترک ، علائم روانپزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته است(لشنر وهمکاران، ۱۹۹۳ کاسپارپ، ۲۰۰۵ ، امسلان و همکاران، ۱۹۹۵) با وجود این معتادین درمان‌هایی را انتخاب و جستجو میکنند که نیازی به دارو و پاک سازی ندارد یکی از این روش‌های غیر دارویی عضویت در گروه‌های خودیاری است عضویت در این نوع گروه‌ها از جمله روش‌هایی است که معتادین برای پرهیز از آن استفاده نموده‌اند و این درمان غیر دارویی عملکردش در بهبودی کیفیت زندگی و سلامت جسمی روانی به اثبات رسیده است به عنوان مثال دیب و یاردلی در پژوهش‌های خود روی بیماران مزمن ، اثر بخشی گروه‌های خودیاری را در سازگاری اجتماعی و عملکرد جسمی و روانی بهتر مشخص کرده‌اند (مارم مانی، ۲۰۰۷) روش‌هایی که امروزه معتادین مواد مخدر برای دستیابی به پرهیز انتخاب میکنند متفاوت است که این موارد به دو شیوه دارویی که به صورت دریافت متادون و یا غیر دارویی عضویت در گروه‌های خودیاری است انجام می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت عمومی و شاخص روان‌تنی به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده انتخاب درمان‌های دارویی (MMT) و درمان‌های غیر دارویی (عضویت در گروه‌های خودیاری) در پرهیزسوء مصرف کنندگان مواد می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و در دو گروه معتادین عضو گروه‌های خودیاری و معتادان مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرپایی (MMT) سازمان دهی شده است. در گروه اول معتادین هیچ گونه درمان دارویی دریافت نمی‌کردند و در گروه دوم درمانجویان

متادون دریافت می نمودند. روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود به این صورت که ۳۰ بیمار به شکل در دسترس از بین بیماران این مراکز انتخاب شدند، همچنین تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس از کلینیک های سرپایی انتخاب شدند و پرسشنامه ها توسط بیماران تکمیل شد. روش های آماری بکار گرفته شده در این تحقیق شامل آماره های توصیفی میانگین، انحراف معیار، و آماره های استنباطی شامل تحلیل تمیز می باشد.

ابزار

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): این پرسشنامه که توسط گلدبرگ^۲ ساخته شده، از جمله شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرمهای ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ در دسترس می باشد. در این مجموعه فرم ۲۸ سؤالی آن ارائه گردیده است که سؤالات آن در برگیرنده چهار خرده مقیاس می باشد که هر یک از آنها خود شامل ۷ سؤال می باشند. سؤالات ۷-۱ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می باشد. از سوال ۱۴-۸ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات ۲۸-۲۲ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می باشند. پرسشنامه حاضر استاندارد بوده و در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی (MHQ) سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ بوده و ضرایب همبستگی بین خرده آزمونهای این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر اعتبار بالای آن می باشد. این مطالعه بر روی جامعه آماری دانشجویی اجرا شده بود (تقوی، ۱۳۸۰) هم چنین این آزمون از پایداری بالایی برخوردار است که مقدار آلفا محاسبه شده برای کل گویه های آن ۰/۹۰ می باشد (محمد رضا تقوی، ۱۳۸۰)

پرسشنامه SCL90: این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط درگوتیس، لیمنو کووی (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روانسنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهائی

آن تهیه گردید (در گوتیس، ویکلزوراک، ۱۹۷۶). پاسخهای ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه ای از میزان ناراحتی که از (هیچ) تا به (شدت) می باشد مشخص می گردد. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را در بر می گیرد. نمره

¹ General Health Questionnaire-

² Goldberg-

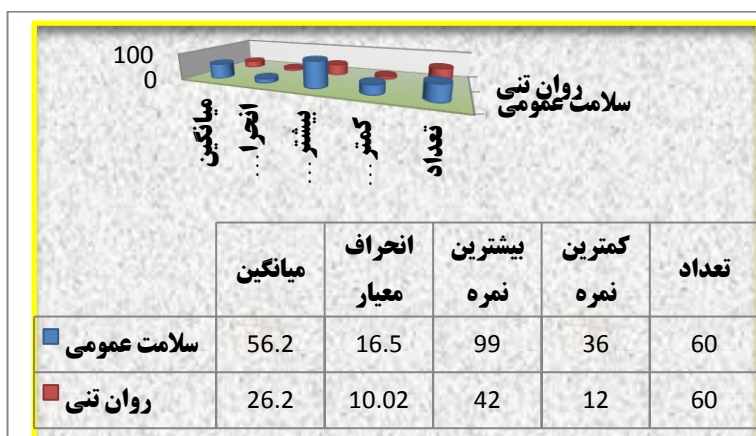
گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی بدست می آید. که از خرده مقیاس شکایت جسمانی در این پژوهش استفاده شد. سنجش پایائی ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه پایائی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. برای محاسبه ثبات درونی آزمون که بر روی ۲۱۹ نفر داوطلب در ایالات متحده در جهت سنجش ثبات و یکنواختی سئوالات انجام گردید از ضرایب آلفا و کودر ریچاردسون ۲۰ استفاده شده. نتایج تمام ضرایب به دست آمده برای ۹ بعد کاملاً رضایت بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹، و کمترین آنها روان پریشی با ۰/۷۷ بوده است. (دراگوتیس، ریکلزوراک ۱۹۷۶). پایائی تست مجدد که ثبات آزمون را در طول زمان می سنجد بر روی ۹۴ نفر بیمار روانی نامتجانس و پس از یک هفته ارزیابی اولیه صورت گرفت. اکثر ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ بوده اند (نانالی ۱۹۷۰). سئوالات یک آزمون وقتی دارای اعتبار است که بتواند مفاهیمی را که آزمون به منظور آن ساخته شده ارزیابی کند. مطالعات متعددی در جهت تعیین انواع آزمون انجام گردیده است. در زمینه اعتبار همزمان دراگوتیس، ویکلزوراک (۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI بر روی ۱۱۹ آزمودنی داوطلب اجرا نمودند. همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین همبستگی، ترس مرضی با ۰/۳۶ بوده است.

یافته ها

در این بخش ابتدا یافته های توصیفی و سپس یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش ارائه میگردد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل تمیز به صورت همزمان و گام به گام استفاده شد. اطلاعات مربوط به یافته های توصیفی در جدول شماره ۱۱ ارائه شده اند. این جدول اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره متغیرهای پیش بین را برای انتخاب درمان دارویی و غیر دارویی نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره در دو گروه معتادین انتخاب کننده درمان دارویی و غیر دارویی

درمتغیرهای پیش بین



درجدول ۲ خلاصه ای یافته های تحلیل ممیز را به دو روش همزمان و گام به گام نشان می دهد همانگونه در جدول ۲ آمده است با توجه به مقدار لامبدای کوچک و مقدار مجذور کای بالا و سطح معنی داری $P < 0.0001$ تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی انتخاب درمان دارویی و غیر دارویی برخوردار است.

جدول ۲: خلاصه یافته های تابع ممیز متعارف به روش تحلیل همزمان و گام به گام

معنی داری	T	F	انحراف معیار	میانگین	متغیرها	درمان غیر دارویی	معنی داری	T	f	انحراف معیار	میانگین	متغیرها	درمان دارویی
۰/۰۰۰	۴/۷	۱۶/۰۱	۸/۲	۴۷/۶	سلامت عمومی	دارویی	۰/۰۰۰	۴/۷	۱۶/۰۱	۱۸/۳۶	۶۴/۹	سلامت عمومی	دارویی
۰/۰۰۸	۵/۸	۷/۴	۶/۶	۲۰/۲	شاخص روان تنی		۰/۰۰۸	۵/۸	۷/۴	۹/۱۹	۳۲/۳	شاخص روان تنی	

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش همزمان
تعداد تابع	۱
مقدار ویژه	۰/۶۵۰

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش گام به گام
تعداد تابع	۱
مقدار ویژه	۰/۵۸۸
درصد واریانس	۱۰۰/۰
درصد تراکمی	۱۰۰/۰
همبستگی متعارف	۰/۶۰۹
لامبدا ویلکز	۰/۶۳۰
مجذور کای	۲۶/۶۰۹
درجه آزادی	۱
معنی داری تابع ممیز	۰/۰۰۰

درصد واریانس	۱۰۰/۰
درصد تراکمی	۱۰۰/۰
همبستگی متعارف	۰/۶۲۸
لامبدا ویلکز	۰/۶۰۶
مجذور کای	۲۸/۵۵۹
درجه آزادی	۲
معنی داری تابع ممیز	۰/۰۰۰

به منظور پیگیری یافته های به دست آمده و دست یابی به اطلاعات دقیق تر برای تعیین میزان پیش بینی پذیری معادله از متغیرهای وابسته در تمایز میان گروه ها، آزمون تحلیل ممیز به کار برده شد. با این هدف که که نخست هر ۲ متغیری که در آزمون T تفاوت معنی داری را بین ۲ گروه نشان داده اند انتخاب و پس از بررسی پیش فرض های مورد نیاز، تحلیل های لازم روی آنها انجام شد. معنی داری آزمون خی دو $\chi^2=23/5$ ، $P < 0/0001$ نیز مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس را تایید نمود. یافته های به دست آمده از اجرای تحلیل ممیز، نشان دهنده یک تابع متعارف برای متغیرهای پژوهش بودند که با دو سطح از متغیر ملاک به دست آمدند. مقدار ویژه برابر با ۰/۶۵ و لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۰ و معنی دار بود ($P < 0/0001$). این یافته گویای توان نسبی تابع ممیز متعارف به دست آمده برای جدا کردن ۲ گروه (متقاضی درمان دارویی و غیر دارویی) است. هم چنین همبستگی میان نمره های ممیز و سطوح متغیر وابسته با عنوان همبستگی متعارف ۰/۸۶۲ به دست آمد گفتنی است که، تحلیل آماری انجام شده، دو متغیر سلامت عمومی و شاخص روان تنی را در تابع ممیز متعارف یاد شده قرار داد. جدول شماره ۳ ضریب های این متغیر ها را در تابع ممیز متعارف نشان می دهد.

جدول ۳: ضریب های متغیرهای پژوهش در تابع متعارف و ماتریس ساختار به همراه نمره مرکز ثقل داد هها در رابطه با دو گروه

	ماتریس ساختار		ضریب های تابع ممیز		متغیر ها	
	مرکز ثقل دادهها	ترتیب اهمیت	ضرایب	غیر استاندارد		استاندارد شده
درمان دارویی	۰/۷۹۳	۱	۰/۹۵	۰/۰۹۵	۰/۷۵۸	شاخص روان تنی
درمان غیر دارویی	-۰/۷۹۳	۲	۰/۷۶	۰/۰۲۶	۰/۳۶۴	سلامت عمومی

همان گونه که جدول ۳ نشان می دهد، با توجه به ضریب های هنجاریابی شده، نخست متغیر شاخص روان تنی و سپس سلامت عمومی مهم ترین عوامل تمایز دو گروه می باشند. نمره مرکز ثقل داده ها، نشان می دهد که میانگین مقدار تابع ممیز برای گروه درمان دارویی و برای گروه درمان غیر دارویی منفی می باشد.

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل ممیز در تمیز بین گرو هها

	عضویت گروهی پیش بینی شده			متغیر های گروه بندی
	کل	دریافت غیر دارویی	دریافت دارویی	
نمره خام	۳۰	۸	۲۲	انتخاب دریافت دارو
	۳۰	۲۵	۵	انتخاب دریافت غیر دارو
درصد	۱۰۰	۲۶/۷	۷۳/۳	انتخاب دریافت دارو
	۱۰۰	۸۳/۳	۱۶/۷	انتخاب دریافت غیر دارو

در این جدول نشان می دهد که افراد گروه انتخاب دریافت دارو ۷۳/۳ درصد از موارد تشخیص معادله با واقعیت هماهنگی دارد. این معادله در ۸۳/۳ درصد موارد در افرادی که درمان غیر دارویی را انتخاب می کنند به درستی تشخیص داده شد است و ۱۶/۷ درصد این تشخیص نادرست بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور سلامت عمومی و شاخص روان تنی به عنوان عوامل پیش بینی کننده انتخاب درمانهای دارویی (MMT) و درمانهای غیر دارویی (عضویت در گروه های خودیار) در پرهیز سوء مصرف کنندگان مواد پرداخت. یافته ها گویای تفاوت بین انتخاب درمان های دارویی و غیر دارویی در ۲ متغیر پیش بین بوده است. همچنین شاخص جسمانی سازی و روان تنی در تحلیل ممیز اثری برجسته را برای شروع درمان به وسیله دارو دارد. و افراد تحت درمان با داروهای اپتیک مشکلات جسمانی و شاخص های روان تنی بیشتری را گزارش داده اند و این موضوع همسو است با نتایجی که در برنامه های درمان نگهدارنده با متادون صورت گرفته است در حالی که درمان مؤثری را برای معتادان افیونی ارائه میدهد. با این همه نتایج پژوهش ها در مورد تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است، به عنوان مثال بعضی پژوهش ها نشان داده است که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات جسمانی و روان تنی و همچنین سلامت روانی را نشان دادند، و اکثرا اختلال های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده اند (فریدمن، ۲۰۰۶). این در حال است که معتادینی که در گروه های خودیار و به روش های غیر دارویی پی کسب پرهیز از مواد هستند در این شاخص از نمره پایینی برخوردارند. این نتایج همسو است با تحقیقات (فریدمن، ۲۰۰۶، گروه وهمکاران، ۲۰۰۸) که تاکید بیشتر این گروه های خودیاری تاکید پرهیز از مواد است بدون دریافت و مصرف دارویی و در دوران پرهیز هیچ دارویی را برای پرهیز نباید استفاده نمود. نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که راهبردهای

سلامت روانی و مقیاس های روان تی معتادین دریافت کننده دارو (MMT) نسبت به معتادین گروه های خودیاری (NA) بیشتر است و این امر می تواند ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارتهای هیجانی نامناسب و توانایی کمتر برای حل تعارضات باشد اعضای گروه های خودیاری از روابط بین فردی و حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به معتادین تحت درمان دارویی متادون در کلینیک های سرپایی دریافت می کنند. در نتیجه این حمایت های اجتماعی ممکن است مواجهه با افرادی را فراهم کند که توصیه ها و کمک هایی را فراهم می کنند که برای کنترل استرس ها، نشانه های جسمانی سازی و مشکلات لازم است (گروه وهمکاران، ۲۰۰۸).

منابع فارسی

کارول، کاتلین م (۱۳۸۱). رویکرد شناختی رفتاری در درمان وابستگی به مواد، ترجمه حمید رضا قامت بلند؛ انتشارات یزد.

Leshner, A., N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, Principles of drug addiction treatment: a research-based guide atonal Scherbauma. N Institute of health (NIH) publication. 1993; NO.9. .pp.3-33

Gastparb, M. Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial”. European Addiction Research. 2005;11:pp163– 171.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M.(.). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment. 1995؛ 9, 199-213.

Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variable in AA: A literature review. Clin Psychol Rev. 2008; (28): 430-450.

Maremmani I, pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 mounth among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. J subst abus treat. 2007; (33): 41-48.

Peles E, Schreiber S, Adelson M. Variables associated with perceived sleep disorders hn methadone maintenance treatment (MMT). Patients. Drug and Alcohol Depend. 2006; (82): 103-110

Friedman GL. 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.[Dissertation]. Alliant International University. Los Angeles, California. 2006: 4

Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variable in AA: A literature review. ClinPsycholRev. 2008; (28): 430-450.8- Snyder CR, Lopez SJ. (Eds). Handbook of Positive Psychology. Oxford University press2005: 125-170

longitudinal relationship between self-help group33- Kissin W, McLeod and McKay J. The attendance and course of recovery. Eval and program. 2003; (20): 311-323

Groh DR, Jason L.A, Keys CB. Social network variable in AA: A literature review. Clinical Psychology Rev. 2008; (28): 430-450.8- Snyder CR, Lopez SJ. (Eds). Handbook of Positive Psychology. Oxford University press2005: 125-170.