

# اثر بخشی اجتماع درمان - مدار بر تغییر سبک اسناد معتدادان

محمد حاتمی<sup>۱</sup>

هادی هاشمی رزینی<sup>۲</sup>

وحید صادقی فیروزآبادی<sup>۳</sup>

زهرا قبری زرندی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۳

## چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار (TC)، بر تغییر سبک اسناد معتدادان می پردازد. بدین منظور، دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش شامل ۲۵ نفر از افرادی که در مرکز اجتماع درمان - مدار هجرت تهران اقامت داشتند و گروه کنترل شامل ۲۸ نفر که از مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران بودند، که با پر کردن پرسشنامه سبک اسناد (ASQ)، در این پژوهش شرکت کردند. به منظور تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر تغییر

سویاً هیأت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

شجوى دکتری تخصصى روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.

شجوى دکتری تخصصى روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران.

سویاً هیأت علمی دانشگاه پیام نور، استان کرمان.

سبک استناد، ابتدا نمرات افتراقی هر گروه (که از تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه به دست آمد) محاسبه شد. سپس با استفاده از آزمون T برای گروه‌های مستقل، تفاوت میانگین‌های دو گروه بررسی شد، تا مشخص شود آیا اجتماع درمان مدار بر تغییر سبک استناد افراد معتاد مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که سبک استناد افراد مقیم مرکز اجتماع درمان مدار (گروه آزمایش) پس از حضور سه ماهه در این مرکز بهبود معناداری یافته است. به این معنی که سبک استناد آنها در پایان سه ماه اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار در رویدادهای خوشایند (موفقیت)، درونی‌تر، پایدارتر و کلی‌تر و در رویدادهای ناخوشایند (شکست)، بیرونی‌تر، ناپایدارتر و اختصاصی‌تر می‌باشد. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد مؤثر است.

**واژه‌های کلیدی:** اجتماع درمان مدار، سبک استناد، معتادان.

## مقدمه

در عصر حاضر، سوء مصرف مواد، مهمترین دغدغه دولتمردان و شایع‌ترین آسیب اجتماعی کشورهای در حال توسعه و جوامع صنعتی شده است (زکریایی، ۱۳۸۳). فرد معتاد نه تنها مؤثر و سازنده نیست، بلکه حتی نسبت به اعضای خانواده خود نیز احساس مسؤولیت نمی‌کند. به روابط اجتماعی و عاطفی خود نمی‌اندیشد و برای دستیابی به مواد مخدر به هر عملی دست می‌زند. از این رو، جرایم اجتماعی مانند دزدی، فحشاء، قتل و ... در بین معتادان بیشتر است. به ویژه، امروزه به دلیل همراه شدن اعتماد با برخی بیماری‌های مهلک مانند هپاتیت و ایدز، به عنوان یک مشکل جهانی باعث بروز مشکلات فراوانی برای فرد، خانواده و اجتماع شده است (اخوان تفتی و حاج حسینی، ۱۳۸۲). سوء مصرف مواد، یکی از بارزترین آسیب‌های روانی و اجتماعی است و در هم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مرتبط با این مشکل، آن را به یکی از پیچیده‌ترین معضلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل نموده است (شعاع کاظمی و زندی‌پور، ۱۳۸۳).

س و همکاران (۱۹۸۸؛ به نقل از اخوان تفتی و حاج حسینی، ۱۳۸۲) معتقدند، که نوع تفکر و ر. معتاد است که او را به سمت سوء مصرف مواد می‌کشاند و یا از آن دور می‌سازد. ایس در رویکرد بر سیستم شناختی و باورهای فرد تأکید نموده است. یکی از نظریات دیگری که همین راستا، یعنی با تأکید بر سیستم شناختی افراد به تبیین کنش‌های انسان پرداخته است، ریه سبک اسناد می‌باشد که طریقه استاد یا سبک اسناد افراد را در مورد وقایع و رویدادها، رد بررسی قرار می‌دهد. هایدر (۱۹۸۵؛ به نقل از کریمی، ۱۳۷۹)، اسناد را فرآیندی که افراد کار می‌برند تا رویدادها یا رفتارها را به شرایط زیربنایی آن پیوند دهند، تعریف می‌کند.

اغلب تحقیقات نشان داده‌اند (برای مثال، اخوان تفتی و حاج حسینی، ۱۳۸۲؛ برماس ۱۳۸۱)، که فرد معتاد درمانگری آموخته شده بیشتری را به نسبت افراد غیر معتاد تجربه می‌کند. را سبک اسناد فرد معتاد برای حوادث منفی، درونی، پایدار و کلی و برای حوادث مثبت، یونی، ناپایدار و اختصاصی می‌باشد. در چنین شرایطی، فرد معتاد هیچ انگیزه‌ای برای مقابله با نکل خود ندارد. و تلاش‌های دیگران را برای آموزش و مقابله با این مشکل موفق نمی‌داند. براین، به شرایط سخت اعتیاد تن می‌دهد و منفعلتاه آن را می‌پذیرد. طبق نظریه واینر (۱۹۸۶؛ نقل از کریمی، ۱۳۷۲)، مکان درونی یا بیرونی یک اسناد، عواطف وابسته به عزت نفس را همراه با عملکرد ما هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی افراد شکست را به عوامل درونی (تل توانایی و کوشش) نسبت می‌دهند، احساس شرمساری می‌کنند و در مقابل وقتی موفقیت سه همین عوامل درونی نسبت دهنده، احساس غرور می‌نمایند. تعامل این عوامل در فرد معتاد یار روشن است. تبیین درونی برای حوادث ناخواشایند و بیرونی برای حوادث خواشایند، عزت سه آنها را به شدت کاهش می‌دهد و این عزت نفس پایین، به نوبه خود نمی‌گذارد که در رقیعت‌های بعدی، آنها اسنادی جز این را به کار ببرند. نتیجه این فرآیند، کاهش روز افزون رزت نفس و کشش بیشتر به سمت مواد برای اعاده مجدد عزت نفس می‌باشد. حال آنکه ضعیت بدتر می‌شود. زیرا سرخوشی و افزایش کارآمدی حاصل از مصرف مواد که پدیده‌ای بوشایند محسوب می‌شود، به عوامل بیرونی یعنی مواد نسبت داده می‌شود و همان سبک تبیین بینانه قبلی را مورد تأیید قرار می‌دهد و فرد معتاد را در دوری باطل وارد می‌کند.

همچنین واینر (۱۹۸۶)، اظهار می‌دارد که ثبات و پایداری یک استناد، انتظارات آینده را تعیین می‌کند. وقتی افراد بازدهی یک عملکرد را که به نتیجه‌ای خوشایند منجر شده است به عوام پایدار نسبت دهند، امید آنها به عملکردهای آینده نیز مثبت است و اگر برعکس این اتفاق ر دهد یعنی افراد همان بازدهی را به عوامل ناپایدار نسبت دهند، امید آنها به عملکردهای آینده یک لحظه به لحظه دیگر تغییر می‌کند. این فرآیند در مورد بسیاری از معتادان که موفق به ترک نمی‌شوند، صدق می‌کند. این افراد، موقفیت در ترک مصرف مواد (نتیجه و بازدهی مثبت یک عملکرد) را به عواملی ناپایدار (مانند داروها و ...) نسبت می‌دهند. حال اگر همین فرد موقفیت خود در ترک مواد را به عواملی پایدار، مثلاً اراده شخصی و تواناییهای فردی نسبت ده احتمال موقفیت او بیشتر است.

کلی یا اختصاصی بودن استناد نیز نقش مهمی در مصرف یا روی آوردن مجدد به مواد ای می‌کند. فرد معتاد معتقد است شکست او (در ترک اعتیاد)، تنها به مصرف مواد و اعتیاد مربوط نمی‌شود، بلکه کل وقایع زندگی او را در بر می‌گیرد. درواقع او فکر می‌کند که بدبخت زاد شده و بدبخت نیز خواهد مرد. بنابراین انگیزه‌ای برای ترک در او باقی نمی‌ماند (واینر، ۱۹۸۶). بنابراین، درمان‌هایی که بتوانند سبک استناد افراد را از بیرونی، ناپایدار و اختصاصی به درونی پایدار و کلی برای حوادث خوشایند و از درونی، پایدار و کلی به بیرونی، ناپایدار و اختصاصی برای حوادث ناخوشایند تغییر دهند، احتمالاً در کاهش سوء مصرف مواد و ترک اعتیاد مؤثر خواهند بود. از میان راهبردهایی که برای مداخله در سوء مصرف مواد استفاده می‌شوند، اجتماعی درمان مدار<sup>۱</sup> یکی از اثربخش‌ترین آنها می‌باشد. (لوینسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). تفکر اجتماعی درمان مدار متاثر از فردی به نام سیستانون<sup>۳</sup> است که معتقد بود فرد معتاد از نظر هیجانی ناپاخت است و نیاز دارد در یک ساختار اجتماعی خاص جهت اصلاح رفتار مخرب که مدت‌ها اداه یافته، به طور کامل غوطه‌ور شود. هدف از این کار ایجاد یک تغییر کامل در شیوه زندگی فرد شامل خویشتن‌داری از مصرف مواد، رشد صداقت فردی و مهارت‌های اجتماعی مفید و

فیف نگرش‌های ضد اجتماعی و رفتار مجرمانه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). اجتماع مان مدار یک محیط درمانی است که برای فرد یک اقامت ۲۴ ساعته در هر روز فراهم کنده. این اقامت ۲۴ ساعته و همه روزه، منجر به تجارب یادگیری جدید و تقویت و تنیبیه‌های راه با آن می‌گردد و در نهایت ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای سوء مصرف کنندگان مواد را می‌درد (دی‌لئون، ۱۹۹۰؛ نیلسن و اسکارپیتی، ۱۹۹۷).

به طور کلی می‌توان گفت که ادعای اصلی اجتماع درمان مدار، تغییر کلی در سبک زگی، شامل پرهیز از الکل و سایر مواد ممنوعه، برطرف کردن رفتارهای ضد اجتماعی و به است آوردن نگرش‌ها و ارزش‌های اجتماعی می‌باشد. مردان و زنانی که درمان‌های اجتماع مان مدار را با موقوفیت پشت سر بگذرانند، می‌توانند به اعضاء بارور و بالنده اجتماع تغییر یابند (دی‌لئون، ۱۹۹۰؛ نیلسن و اسکارپیتی، ۱۹۹۷).

در اجتماع درمان مدار چون هدف تغییر همه جانبه فرد است اهداف اجتماعی و انسناختی توامان پیگیری می‌شود (نات برآک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). در این روش سمزدایی شرط ورود سیستم درمانی است نه هدف درمان. از آنجا که در این دیدگاه مشکل خود فرد است نه اد، به وابستگی فرد در چارچوب بزرگتری که همان وضعیت روانی و سبک زندگی اوست تا می‌شود (ملنیک و لئون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

اجتماع درمان مدار برای معتمدینی که هرگز شیوه متدالو و معمول زندگی را یاد نگرفته و از قشر آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر جامعه هستند، در حکم نوعی آماده‌سازی است، اما ای معتمدینی که از بخش برخوردار جامعه بوده و مصرف مواد در آن‌ها نمایانگر آسیب انسناختی، آشتفتگی و خستگی روانی باشد، حضور در این مرکز برایشان باز توانی محسوب شود (لیورنتی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). در این مرکز نوعی جامعه طراحی می‌شود که در آن دخصوصیات اخلاقی، تربیتی و شخصیتی خود را پرورش داده و رفتارهای مثبت و تارهای اجتماعی را فراگرفته و طی فعالیت‌های فردی و گروهی، مسئولیت‌پذیری و نوعی

1. Nuttbrock

2. Melnick & Leon

3. Llorente

زندگی اجتماعی بعینه را تمرین می‌کند تا بتواند از این تجربه و الگو جهت بازتوانی خوبه بگیرد (سازمان بهزیستی، ۱۳۷۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، کاهش قابل ملاحظه مصرف مواد مخدر یا رفتارهای ضد اجتماعی افراد وابسته به موادی مثل هروئین بیشتر به دنبال درمان‌هایی اتفاق می‌افتد که حداقل سه ماه ادامه داشته باشند. این زمان درمان در بسیاری از انواع درمان‌هایی از نوع اجتماعی درمانی اقامتی تا برنامه‌های نگهدارنده متادون سرپایی دیده می‌شود (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳).

اجتماع درمان مدار اجتماع‌هایی هستند که همه اعضاء آن دچار مشکل سوء مصرف مواد هستند. در چنین جامعه‌ای پرهیز از مواد یک اصل اساسی است و شخص باید از انگیزه بالای برخوردار باشد. هدف ایجاد تغییر عمده در سبک زندگی و از جمله پرهیز از مواد مخدر. ایجاد صداقت شخصی، مسئولیت‌پذیری و مهارت‌های اجتماعی مفید و حذف نگرش‌های اجتماعی و رفتار مجرمانه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

از دیدگاه اجتماع درمان مدار عوامل اجتماعی و روان‌شناختی به عنوان عوامل اصلی اختلال اعتیاد شناخته می‌شوند (دی لون، ۱۳۸۱) در نگرش اجتماع درمان مدار مصرف مواد شناهای از بیماری اصلی است. اعتیاد به عنوان اختلالی در فرد قلمداد می‌شود که تما جنبه‌های عملکرد او را در بر می‌گیرد و در آن به موادی که شخص مصرف می‌کند و نحوه مصرف آن توجه نمی‌شود. آنچه از این دو مهمتر است، رفتار، نگرش‌ها، ارزش‌ها و سبک زندگی فرد معتاد می‌باشد، رفتارهای مخبری که به خود فرد و یا دیگران آسیب می‌رساند و مصرف دائم مواد همراه است. این رفتارها عبارتند از: بدرفتاری و خشونت در خانه، روابط جنسی ناسالم، جرم و جنایت، اقدام به خودکشی، رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران: تصادفات رانندگی، بی توجهی به فرزند و بی توجهی به سلامتی، اختلال در روابط خانوادگی (دی لون، ۱۳۸۱).

در اجتماع درمان مدار تأکید بر مشکلات فرد در گذشته و حل آن در حال و آینده است. بنابراین، عنصر اصلی اختلال شکست فرد در پذیرفتن تصمیم‌ها و اعمالش است. آن‌ها سئول اعمال و انتخاب‌های خود بویژه در رابطه با مصرف مواد هستند. در حقیقت برای قیمان اجتماع درمان مدار فرایند بهبودی از زمانی شروع می‌شود که افراد مسئولیت اعمال خود را پذیرفته و برای رفتار خود دلیل داشته باشند (سازمان بهزیستی، ۱۳۸۷).

از این رو، اجتماع درمان مدار یک روش درمانی است که در آن از شیوه‌های درمانی راز مدت و گوناگون استفاده شده است و در مطالعات مختلف تأثیر طولانی مدت آن نه تنها رپرهیز از مواد بلکه در کاهش رفتارهای مجرمانه ثابت شده است (دکل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ مورال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

فرآیند بهبودی با گذر از مراحل یادگیری و درمانی گوناگون بدست می‌آید، ادگیری‌های که در این مرحله بدست می‌آید مسیر تغییرات و یادگیری‌های بعدی را هموار و سهیل می‌کند. بطور کلی دوره اجتماع درمان مدار شش ماه است که مراجعان از مراحل رمانی مشخص عبور می‌کنند. در اجتماع درمان مدار چهار مرحله عمده وجود دارد: مرحله ول یا جهت‌یابی (۰ تا ۱۵ روز)، هدف عمده این مرحله، ارزیابی از مراجع و آشنا نمودن او با حیط اجتماع درمان مدار است. هدف اصلی این مرحله کاستن اضطراب و ترس مراجع و عدیل آنهاست. مرحله دوم یا مرحله درمان اولیه ۲۰ تا ۹۰ روز درمان را شامل می‌شود. عالیت‌های آموزشی و درمانی روزانه که شامل جلسات گروهی، کارورزی، مشاوره با پرسنل همتایان است و در طول این مرحله ادامه دارد. مرحله سوم یا مرحله ترجیح تدریجی. هدف عمده این مرحله، آماده ساختن برای جدایی از اجتماع درمان مدار است. با این فرض که مراجعان به اندازه کافی مهارت‌های خود تدبیری را بدست آورده‌اند. مرحله چهارم مرحله رخیص نهایی است. هدف اصلی این مرحله، جدایی کامل و موفقیت‌آمیز از اجتماع درمان

1. Dekel

2. Morral

مدار است. پس از ترخیص، تماس با اجتماع درمان مدار به صورت متناوب است و تدریجیاً به تماس تلفنی هفته‌ای یکبار و ملاقات ماهانه تقلیل می‌یابد.

با وجود فشارهای خارجی که برای اقامت این افراد در مرکز وجود دارد میزان ریزش در این روش بالا می‌باشد. ۳۰ تا ۴۰ درصد در ۹۰ روز اول و بیش از ۵۰ درصد در ۶ ماه . ولی مطالعات حاکی از آن است که بیمارانی که برای ۹۰ روز یا بیشتر در این مرکز باقی می‌مانند کاهش آشکاری را در مصرف مواد و رفتار مجرمانه از خود نشان داده‌اند (садوک و سادوک، ۲۰۰۰). از آنجا که سبک استناد افراد معتاد برای حوادث منفی درونی، پایدار و کلی و برای حوادث مثبت بیرونی، پایدار و اختصاصی است لذا هدف این پژوهش مطالعه اثربخشی اجتماع درمان مدار بر تغییر سبک استناد معتادان می‌باشد.

بر اساس آنچه گفته شد فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، مؤثر است.
- ۲- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، مؤثر است.
- ۳- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، مؤثر است.
- ۴- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد، مؤثر است.

## روش تحقیق

پژوهش حاضر کمی، از نوع آینده‌نگر، تصمیم‌گرا و نیمه آزمایشی می‌باشد و در زمره‌ی پژوهش‌های بنیادی - کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش در قالب گروه آزمایش و کنترل، کلیه مراجعان معتاد به مرکز اجتماع درمان مدار هجرت و مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران می‌باشد و از بین آنها تعداد ۲۵ نفر برای گروه آزمایشی و ۲۸ نفر برای گروه

راه انتخاب شدند و نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس بوده است. طرح آزمایشی نیز از ع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است.

ار پژوهش

پرسشنامه سبک استاد: ابزار مورد استفاده، پرسشنامه سبک استاد است که شامل ۱۰ فقیت فرضی می‌باشد که پنج موقعیت مثبت و پنج موقعیت منفی را شامل می‌شود. این سشنامه، یک وسیله خودسنجی است و برای اولین بار برای اندازه‌گیری تبیین‌های علی افراد واقعی خواشید و ناخواشید، توسط پترسون و همکاران (۱۹۸۲؛ به نقل از فرخی، ۱۳۷۶) اخته شده است. این ابزار، نمراتی برای تفاوت‌های فردی در زمینه گرایش افراد به استاد علل نایع خواشید و ناخواشید به عوامل درونی (در مقابل بیرونی)، پایدار (در مقابل ناپایدار) و لمی (در مقابل اختصاصی) به دست می‌دهد. در هنگام اجرای این پرسشنامه از آزمودنی‌ها واسطه می‌شود تا هر موقعیت را بخوانند و تصوّر کنند که آن موقعیت واقعاً برای آن‌ها اتفاق ناده است. سپس، به ترتیب در هر کدام از قسمت‌های الف، ب و ج پاسخ مورد نظرشان را نخاب نمایند (از ۱ تا ۵) و آن را در پاسخنامه وارد نمایند.

پترسون و سلیگمن (۱۹۸۴)، ضریب پایایی هر یک از ابعاد پرسشنامه را بین ۰/۶۹ تا ۰/۴۴ بین نمودند. همچنین در بررسی دیگری توسط هوفارت و مارتینسون انجام شد، مقدار آلفای رونباخ برای رویدادهای با پیامد منفی ۰/۶۷ و ۰/۵۷ و ۰/۶۱ (به ترتیب برای ابعاد درونی، یدار و کلی) و برای رویدادهای با پیامد مثبت ۰/۶۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۲ (به ترتیب برای ابعاد رونی، پایدار و کلی) می‌باشد (فرخی، ۱۳۷۶). در پژوهش دیگری قاسم‌زاده و اسلامی (۱۳۶۹) ضریب آلفای گروه‌های فرعی را به صورت، پیامد مثبت درونی ۰/۷۴، درصد، پیامد منفی درونی ۰/۷۵، پیامد مثبت پایدار ۰/۶۵، پیامد منفی پایدار ۰/۴۳، پیامد مثبت کلی ۰/۷۶ و پیامد منفی کلی ۰/۷۶ گزارش داده‌اند. همچنین پرسشنامه سبک استاد در دانشگاه پنسیلوانیا بر

روی ۶۶ آزمودنی اجرا شد. پایابی‌هایی که با آلفای کربنباخ محاسبه شدند، برای ابعاد درونی، پایدار و کلی به ترتیب  $0/۹۳$ ،  $0/۸۹$  و  $0/۹۰$  گزارش گردیدند (برماس، ۱۳۸۳).

### یافته‌ها

از آنجا که در پژوهش حاضر دو گروه کنترل و آزمایش وجود داشت، جهت محاسبات آماری از آزمون تی استفاده شد. برای مطالعه این فرضیه (فرضیه اول) که اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوشایند، مؤثر است. نتایج بدست آمده نشان داد و با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = ۲/۴۱$ ) و درجه آزادی ( $df = ۵۱$ ) تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در سطح  $P < 0/۰۵$  معنادار است بدین معنی که افراد معتادی که درمانهای اجتماع درمان مدار را سپری کرده‌اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان دارویی (گروه کنترل) قرار داشته‌اند، سبک اسناد درونی‌تری در رویدادهای خوشایند (موققیت) دارا هستند.

جدول ۱. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوشایند

| گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | خطای معیار میانگین | df   | T    | سطح معنادار |
|--------|---------|------------------|--------------------|------|------|-------------|
| آزمایش | ۲/۴۴    | ۲/۰۱             | میانگین            | ۵۱   | ۲/۴۱ | ۰/۹۰۸۱      |
| کنترل  | ۱/۲۵    | ۳/۵۳             | میانگین            | ۰/۰۲ |      |             |

برای مطالعه فرضیه دوم که اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است یافته‌ها (جدول ۲)، حاکی از آن است که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = ۲/۶۸$ ) و درجه آزادی ( $df = ۵۱$ ) در سطح  $P < 0/۰۵$  معنادار است. بدین معنی که افراد معتادی که درمان‌های اجتماع

مان مدار را سپری کرده‌اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان ویی (گروه کنترل) قرار داشته‌اند، سبک استاد بیرونی‌تری در رویدادهای ناخوشایند کست) دارا هستند.

جدول ۲. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک استاد افراد معتاد در بعد درونی بیرونی در رویدادهای ناخوشایند

| گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | سطح معناداری | T    | df | خطای معیار میانگین |
|--------|---------|------------------|--------------|------|----|--------------------|
| آزمایش | ۴/۱۰    | ۳/۷۰             |              | ۱/۱۰ | ۵۱ | ۲/۶۸               |
| کنترل  | ۱/۲۰    | ۴/۲۰             |              |      |    |                    |

نتایج مطالعه فرضیه سوم (جدول ۳)، با عنوان اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استاد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند، مؤثر است، نشان داد تفاوت بین انگین‌های دو گروه در سطح  $P < 0.05$  و با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 60$ ) و درجه آزادی  $df = 5$  معنادار است. یعنی افراد معتادی که درمان‌های اجتماع درمان مدار را سپری کرده‌اند گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان دارویی (گروه کنترل) قرار شته‌اند، سبک استاد پایدارتری در رویدادهای خوشایند (موقّیت) دارا هستند.

جدول ۳. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک استاد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند

| گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | سطح معناداری | T    | df | خطای معیار میانگین |
|--------|---------|------------------|--------------|------|----|--------------------|
| آزمایش | ۲/۹۰    | ۴/۹۸             |              | ۱/۳۰ | ۵۱ | ۲/۶۰               |
| کنترل  | ۰/۶۰۷۰  | ۴/۳۰             |              |      |    |                    |

نتایج فرضیه چهارم (جدول ۴)، همچنین نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است. به طوری که  $T$  مشاهده شده ( $T = ۲/۷۴$ ) و درجه آزادی ( $df = ۵۱$ ) نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در سطح  $P < 0/01$  معنادار است. یعنی افراد معتادی که درمان‌های اجتماع درمان مدار را سپری کرده‌اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان دارویی (گروه کنترل) قرار داشته‌اند، سبک اسناد ناپایدارتری در رویدادهای ناخوشایند (شکست) دارا هستند.

جدول ۴. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک اسناد افراد معتاد در

بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای ناخوشایند

|       |    |      |      |                    | انحراف استاندارد | میانگین | گروه         |
|-------|----|------|------|--------------------|------------------|---------|--------------|
|       |    |      |      | خطای معیار میانگین | $T$              | $df$    | سطح معناداری |
|       |    |      |      |                    | ۶/۰۱             | ۴/۵۰    | آزمایش       |
| ۰/۰۰۸ | ۵۱ | ۲/۷۰ | ۱/۴۰ |                    | ۳/۴              | ۰/۷۱۴۰  | کنترل        |

نتایج بدست آمده از مطالعه فرضیه پنجم (جدول ۵)، نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای خوشایند، مؤثر است. به طوری که  $T$  مشاهده شده ( $T = ۳/۹۲$ ) و درجه آزادی ( $df = ۵۱$ ) در سطح  $P < 0/01$  تفاوت بین میانگین‌های دو گروه را نشان می‌دهد، بنابراین افراد معتادی که درمان‌های اجتماع درمان مدار را سپری کرده‌اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان دارویی (گروه کنترل) قرار داشته‌اند، سبک اسناد کلی‌تری در رویدادهای خوشایند (موقفیت) دارا هستند.

جدول ۵. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک استناد افراد معتمد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند

| گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | خطای معیار میانگین | df | T | سطح معناداری |
|--------|---------|------------------|--------------------|----|---|--------------|
| آزمایش | ۳/۷۲    | ۲/۵۵             |                    |    |   |              |
| کنترل  | ۰/۶۷۸۷  | ۴/۵۰             |                    |    |   |              |

مطالعه فرضیه ششم (جدول ۶)، همچنین نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است. بر اساس جدول ۶، با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = ۲/۵۴$ ) و درجه آزادی ( $df = ۵۱$ ) در سطح  $P < 0.05$  ناوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. یعنی افراد معتمدی که درمان های اجتماع درمان دار را سپری کرده اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتمدی که تحت درمان دارویی گروه کنترل) قرار داشته اند، سبک استناد اختصاصی تری در رویدادهای ناخوشایند (شکست) ارا هستند.

جدول ۶. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه سبک استناد افراد معتمد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند

| گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | خطای معیار میانگین | df | T | سطح معناداری |
|--------|---------|------------------|--------------------|----|---|--------------|
| آزمایش | ۲/۳۰    | ۴/۱۰             |                    |    |   |              |
| کنترل  | ۰/۱۷۰   | ۴/۹۰             |                    |    |   |              |

در نهایت اینکه بر اساس مطالعه و بررسی فرضیه چهارم (جدول ۷)، اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتمد، مؤثر است. زیرا با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = ۴/۳۷$ ) و درجه

آزادی ( $df = 51$ ) در سطح  $P < 0.01$  تفاوت بین میانگین‌های دو گروه معنادار است. یعنی افراد معتادی که درمانهای اجتماعی درمان مدار را سپری کرده‌اند (گروه آزمایش) در مقایسه با افراد معتادی که تحت درمان دارویی (گروه کنترل) قرار داشته‌اند، سبک استناد خوش‌بینانه‌تر بهنجارتری در رویدادهای خوش‌بینند (موقّفیت) و ناخوش‌بینند (شکست) برخوردار هستند.

جدول ۷. آزمون تی مستقل دو گروه آزمایش و کنترل برای مطالعه اثربخشی

تغییر سبک استناد در افراد معتاد

|       |    |      |      | خطای معیار میانگین | T | df | سطح معناداری | انحراف استاندارد | میانگین | گروه |
|-------|----|------|------|--------------------|---|----|--------------|------------------|---------|------|
|       |    |      |      |                    |   |    | ۱۳/۱         | ۲۲/۷۰            | آزمایش  |      |
| ۰/۰۰۱ | ۵۱ | ۴/۴۰ | ۳/۸۰ |                    |   |    | ۱۴/۲۰        | ۶/۲۰             | کنترل   |      |

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مطالعه اثربخشی اجتماعی درمان مدار بر تغییر سبک استناد معتادان می‌باشد. با توجه به نتیجه پژوهش و اینکه اجتماعی درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوش‌بینند، مؤثر است. تأیید این فرضیه بیانگر این است که افراد مقیم مرکز اجتماعی درمان مدار هنگامی که به موقّفیت (برای مثال، سؤال دو پرسشنامه) که بیان می‌کند: توانسته‌اید برای خود و خانواده‌تان امکانات مالی و رفاهی مناسبی فراهم کنید) دست می‌یابند، علت این موقّفیت را بیشتر به خودشان (مثلاً توانایی یا استعداد) نسبت می‌دهند تا به افراد و حوادث دیگر. همچنین نتایج فرضیه دوم همچنین نشان داد که اجتماعی درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای ناخوش‌بینند، مؤثر است. تأیید این فرضیه به این معنی است که افراد مقیم مرکز اجتماعی درمان مدار هنگامی که شکست می‌خورند (برای مثال، سؤال اول پرسشنامه که بیان می‌کند: در امتحانات پایان دوره متوسطه موفق به گرفتن دیپلم نشده‌اید) تنها خودشان را عامل این شکست نمی‌دانند، بلکه افراد و شرایط

یک‌گر را نیز در آن مؤثر می‌بینند در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، بر اساس نظریه راتر (۱۹۶۶؛ نقل از سیف، ۱۳۸۸)، افراد از لحاظ اعتقاد به مکان کنترل به دو دسته تقسیم می‌شوند، گروه اول افرادی هستند که موقفيت‌ها و شکست‌های خود را به شخص خود نسبت می‌دهند چنان‌فرادی را دارای منبع درونی کنترل می‌نامند و گروه دوم افرادی هستند که موقفيت‌ها و نکست‌های خود را به عوامل محیطی بیرون از خود نسبت می‌دهند که آنها را دارای منبع بیرونی کنترل می‌نامند. افراد دارای منبع درونی کنترل معتقدند که رویدادهای مثبت زندگی در تیجه نقشه‌ریزی دقیق و کوشش پیگیر خود آنها بدست می‌آید، لذا برای هرگونه عمل و رفتار خود و پیامدهای ناشی از آن قبول مسئولیت می‌کنند.

از سوی دیگر، افراد دارای منبع بیرونی کنترل بین رفتار خود و رویدادها هیچ‌گونه رابطه علت و معلولی نمی‌بینند و بخت و اقبال، تصادف یا اشخاص دیگر را مسئول نتایج رفتار خودد می‌دانند، در نتیجه برای اعمال و رفتار خود قبول مسئولیت نمی‌کنند این مسئله در مورد افراد معتاد بسیار روشن است. سبک تبیین درونی برای حوادث ناخوشایند و بیرونی برای حوادث خوشایند، عزت نفس آنان را به شدت پایین می‌آورد و این عزت نفس پایین به نوبه خود می‌گذارد که در مورد رخدادهای بعدی آنها استنادی جز این را به کار ببرند. نتیجه این فرایند کاهش روز افزون عزت نفس و در نتیجه کشش به سوب مواد مخدر برای اعاده مجدد عزت نفس است. حال آنکه این کار وضع را بدتر می‌کند، چون حتی در صورت بروز حالت سرخوشی و افزایش خودکارآمدی، باز هم این حالت به عاملی بیرونی نسبت داده می‌شود و همان نوع سبک تبیین بدینانه مورد تأیید واقع می‌شود و فرد معتاد در دوری باطل قرار می‌گیرد. اجتماع درمان مدار با زندگی گروهی و تغییر این فرایندها سد مستحکمی را برای از بین بردن این فرایند ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استاد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند، مؤثر است این نتیجه نشان داد که افراد مقیم مرکز اجتماع درمان مدار هنگامی که موقّع‌اند (برای مثال، سؤال چهار پرسشنامه که بیان می‌کند: در پیدا کردن شغل دلخواهتان موفق شده‌اید) معتقدند اگر در آینده نیز با چنین موقعیتی روبرو

شوند این توانایی را دارند که مجدداً در آن موفق شوند. علاوه بر این مطالعه فرضیه چهارم نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است، این یافته‌ها بیانگر این است که افراد مقیم در زمان مواجهه با شکست (برای مثال، سؤال سه پرسشنامه: شغلی را انتخاب کردید ولی در آن موفق نبوده‌اید) معتقدند در آینده اگر با چنین موقعیتی روبرو شوند، توانایی موفق شدن را دارند و می‌توانند بر موقعیت غلبه نمایند می‌توان گفت، پیامدهای مثبت رفتار که به علت‌های درونی چون توانایی و کوشش نسبت داده می‌شوند در شخص احساس غرور و عزت نفس یا احترام به خود ایجاد می‌کنند به همین دلیل چنین افرادی کوشش بیشتری را برای کاهش مشکلات و مسائل در زندگی انجام می‌دهند. وینر (۱۹۸۶)، اظهار می‌دارد که ثبات و پایداری یا استناد، انتظارات آینده را تعیین می‌کنند. وقتی مورد موقیتی یا شکستی را به عواملی نسبت می‌دهند که از یک لحظه تا لحظه دیگر تغییر می‌کنند، مطابق عملکرد خود امیدهایشان نیز کم یا زیاد می‌شود. وقتی همان بازدهها را به عوامل پایدار نسبت می‌دهند، امید آنها به عملکردشان در آینده نسبتاً بودن تغییر باقی می‌ماند. این فرایند در مورد بسیاری از معادانی که موفق به ترک کامل نمی‌شوند، صدق می‌کند. این افراد موقیت در ترک مصرف را به عواملی ناپایدار (مانند داروها یا درمان‌های طبی)، نسبت می‌دهند و بدیهی است که وجود این علل محركی برای گرایش دوباره آنها به سمت مواد می‌شود.

یافته‌ها همچنین نشان داد، اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای خوشایند، مؤثر است بدین معنی که افراد مقیم مرکز اجتماع درمان مدار در زمانی که به موقعیتی دست می‌یابند (برای مثال، سؤال هشت پرسشنامه: کارمند اداره‌ای هستید و به رتبه بالاتری ارتقاء یافته‌اید)، آنرا در همه ابعاد یا اکثر ابعاد زندگی‌شان مؤثر می‌دانند. علاوه بر این، اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است. تأیید این فرضیه نشان می‌دهد، افراد مقیم مرکز اجتماع درمان مدار در زمان مواجهه با شکست (برای مثال سؤال نه پرسشنامه: در تنظیم روابط با دیگران و معاشرت با شکست روبرو شده‌اید)، معتقدند این شکست در سایر ابعاد

دگی شان تأثیرگذار نیست یا تأثیر کمی دارد. ولی گروه کنترل معتقدند که شکست، در همه ماد یا بسیاری از ابعاد زندگی آنها اثرگذار می‌باشد. کلی یا اختصاصی بودن استناد نیز نقش همی را در مصرف یا روی آوردن مجدد به مواد ایفا می‌کند. فرد معتمد معتقد است شکست او ها به مصرف مواد و اعتیاد مربوط نمی‌شود، بلکه کل واقعی زندگی او را در بر می‌گیرد. در اقع، فکر می‌کند که بدبخت زاده شده و بدبخت خواهد مرد. بنابراین انگیزه‌ای برای ترک در باقی نمی‌ماند.

نهایتاً نتایج مطالعه فرضیه هفتم نشان داد اجتماع درمان مدار در تغییر سبک استناد افراد متعاد، مؤثر است این بیانگر آن است که افراد مقیم مرکز اجتماع درمان مدار در کلیه ویدادهای خوشایند (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ پرسشنامه) سبک استادشان درونی، پایدار و کلی است و در رویدادهای ناخوشایند (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹) سبک استادشان بیرونی، ناپایدار و ختصاصی است.

با توجه به اینکه در زمینه اثربخشی اجتماع درمان مدار بر سبک استناد افراد معتمد پژوهشی، طور مستقیم یافت نشد، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با نتایج تحقیقات دکل و مکاران (۲۰۰۴)، مورال و همکاران (۲۰۰۴)، کاپلان و سادوک (۲۰۰۰)، وینر (۱۹۸۲)، نظری (۱۹۸۳) و مارلات (۱۳۷۴)، یزدان بخش (۱۳۷۱)، تمنائی فر (۱۳۷۱)، الماسی (۱۳۷۷)، هلمک (۱۳۷۷) و مارلات (۱۹۹۱) همخوانی دارد. بر همین اساسی نمی‌توان فرضیات پژوهش حاضر را با سایر پژوهش‌های مشابه مقایسه نمود. اما در زمینه سایر درمان‌ها پژوهش‌هایی انجام شده است. برای مثال پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند، شناخت درمانی (برای مثال هانتر، ۱۹۹۴؛ به نقل از منیرپور، ۱۳۸۲) در تغییر سبک استناد افراد معتمد مؤثر است. بر همین اساس می‌توان گفت که افراد معتمد رماندگی آموخته شده، زیادی را تجربه می‌کنند چرا که سبک استناد آن‌ها برای حوادث منفی، رونی، پایدار و کلی است و برای حوادث مثبت بیرونی، ناپایدار و اختصاصی است. در چنین شرایطی تغییر محل زندگی افراد و زندگی مشارکتی آنان در مرکز اجتماع درمان مدار باعث تغییر سبک استناد افراد معتمد می‌شود در نتیجه آنها در خارج از مرکز کمتر به طرف مواد کشیده

می‌شوند. امید آن می‌رود با گسترش چنین مراکزی گام‌های عملی برای کاهش اعتیاد در جامه برداریم.

### منابع فارسی

آلپورت، جی، دبليو؛ جونز، ای. (۱۹۸۵). روان‌شناسی اجتماعی از آغاز تا کنون. ترجمه محمد تقیر منشی طوسی (۱۳۷۱). تهران: رشد.

اخوان تفتی، مهناز، حاج حسینی، منصوره. (۱۳۸۲). مقایسه سبک استاد (مدل درمان‌گی آموخته شده) در جوانان معتاد و غیرمعتاد شهر یزد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*. تابستان. شماره سوم. اسلامی شهر بابکی، حیدر. (۱۳۶۹). بررسی رابطه بین سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرد یک قطبی و دو قطبی و مقایسه آن با افراد بهنجار. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انسیتیتو روان‌پزشکی* تهران.

اصغرزاده ه حق، مجید. (۱۳۷۷). مقایسه منبع کترل در بیماران افسرده و عادی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی*.

الماسی ، علیرضا. (۱۳۷۷)، بررسی و مقایسه منبع کترل افراد معتاد و غیر معتاد . *پایان نام کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن*.

برماس، حامد. (۱۳۸۳). مقایسه میزان عزت نفس و سبک‌های استنادی در دو گروه از نوجوانان غیرمعتاد و معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*. بهار. شماره ۶. ۶۷-۸۳.

پورافکاری، نصرت‌اله. (۱۳۷۳). *فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی. انگلیسی - فارسی فرهنگ معاصر*.

پورافکاری، نصرت‌اله. (۱۳۷۷). عادت و اعتیاد. *فرمانداری شهرستان تبریز (گروه آورنده)*. مجموعه مقالات و سمینارهای بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان. تبریز: ترقی. ۱۸-۱۳.

تفی‌زاده، داریوش. (۱۳۸۴). اعتیاد، علل، پیشگیری و درمان. *اجتماع درمان مدار*. بهار. شماره سوم

- منائی فر، محمد رضا. (۱۳۷۷). مقایسه سبک‌های استنادی افراد افسرده و غیر افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه علامه طباطبائی.
- کریابی، محمدعلی. (۱۳۸۳). اعتیاد پژوهشی، فصل‌نامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد. سال دوم. بهار. شماره ۶.
- لاور، علی. (۱۳۷۹). احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران : رشد.
- سعاع لواسانی، فهیمه. (۱۳۷۳). بررسی سبک استنادی در اسکیزوفرنیک‌های پارانوئید با هذیان گرنزد و آسیب و مقایسه آن با گروه کنترل روان‌پزشکی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- رخنی، حسن. (۱۳۷۶). رابطه بین سبک‌های مقابله و سبک‌های استناد با افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین جی. (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه رفعی و فرزین رضاعی. (۱۳۸۲). جلد اول. چاپ اول. تهران: ارجمند.
- کدبور، بروین. (۱۳۷۴). سبک‌های استنادی و اهمیت آن در بهداشت روانی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی. دوره اول. بهار. شماره ۲.
- شنایی با مرکز اجتماع درمان مدار ویژه کارشناسان، تهیه شده توسط معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان هرمزگان(۱۳۸۷).
- ی: لئون، جرج. (۲۰۰۲). اجتماع درمان مدار، اصفهان: انتشارات کنگان،
- کریمی، یوسف. (۱۳۷۹). روان‌شناسی اجتماعی : نظریه هاف مفاهیم و کاربردها. (ویرایش سوم). تهران : ارسباران.
- کریمی، یوسف. (۱۳۷۲). نظریه استناد و کاربرد آن در آموزش و پرورش (بحثی در روان‌شناسی اجتماعی تعلیم و تربیت). پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت. پاییز و زمستان. شماره ۱ و ۲.
- ورانی پور، رحمت‌اله. (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. فصل‌نامه اعتیاد پژوهشی. سال دوم. بهار. شماره ۶.

## منابع انگلیسی

- Abramson, L. Y. Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2003). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock VA, Sadock BJ. (2000). Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Anazenwu, C. O. (1995). Locus of control, academic self-concept, and attribution of responsibility for performance in statistics. *Psychology-reports*: OCT vol, 772, 367-370 .
- Baron, R. A., Byrne, D. (1997). Social psychology: understanding human interaction. (8th ed.). Boston: allyn and Bacon.
- Brehm, S. S., Kassion, S. M. (1996). social psychology. (3th ed). Boston: allyn and Bacon.
- Brook, R. C., Whitenehead, I. C. (1980). Drug- free therapeutic community. New York: human sciences .
- Deleon, G. (1999). Integrative recovery: A stage paradigm. Subset abuse, 17, 51-63.
- Deleon, G.(2000). Therapeutic community: Theory, model, and method. New York: Springer.
- Gross, R. (2002). Psychology: the science of mind and behavior. (4th ed). London: Holder and Stoughton.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanation. As a risk factor for depression. Theory and evidence. *Psychological review*, 91(3), 347-374.
- Smith, E. R, Mackie, D. M. (2000). Social psychology. (2th, ed.) Philadelphia: Taylor and France group.
- Weiner, B. (1986). An attribution theory of motivation and emotion. New York: Springer –Verlog.
- Weiner, B. (2000). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational psychology review*, 12, 1-14.
- Yablonsky, L. (1989). The therapeutic community. New York: Gradian press, inc.

- Galanter M, Brook D. (2001). Network therapy for addiction : bringin family and peer support into office practice. *Int J Group Psychother* 51(1): 101-122.
- Westermeyer J, Myott S, Aarts R, Thuras P. Self-help strategies amon patients with substance use disorders. *AM J Addict*. 2001;10:249-257.
- Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. (1997). Substance abus a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nuttbrock LA. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers i community residences and a therapeutic community. *Psych Serv*. 1998 49:1:68-76.
- Melnick G, De Leon G. (1999). Clarifying the nature of therapeuti community treatment: The survey of essential elements Questionair (SEEQ). *J Subst Abuse Treat*. 16(4): 308-313.
- Llorente JM, Fernandez GC, Vielva PI, Gutierrez FM. (1998) Psychological and behavioural factors associated with relapse amon heroin abusers treated in therapeutic communites. *Addict Behav* 23(2):155-169.
- Nuttbrock LA, Rahav MR, Rivera JJ, Ng - Mak DS. (1999). Depressive symptoms and mentally ill chemical abusers' perception of the treatment environment in residential settings. *Addict Behav*. 24:139 144.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2000). Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th. ed Philadelphia : lippincott Williams & Wilkins.
- Westermeyer J. Addiction, community and state: a review. *Am J Addict* 2000: 79-87.
- Gastfriend DR. (1996). When a substance use disorder is the cause o treatment resistance. In: Pollack M, Otto M, Rosebaum J, eds Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocia strategies. New York: Guilford press.
- Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: prediction of longterm outcomes. *Addict behav*. 29(9) 1833-1837.
- Morral AR, Mccaffrey Df, Ridgeway G. (2004). Effectiveness o community - based treatment for substance - abusing adolescents: 12

- month outcomes of youths entering phoenix academy of alternative probation dispositions. *Addict Behav.* 18(3): 257-268.
- De Leon G. (1994). Therapeutic communities. In: Galanter M, Kleber HD. Textbook of substance abuse treatment. American psychiatric press, Inc; 406-407.
- Chan KS, Wenzel S, Orlando M. (2004). How important are client characteristic to understanding treatment process in the therapeutic community? *Am J Drug Alcohol Abuse.* 304: 871-891.
- De Leon G, Staines GL, Perlis TE. (1995). Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages): an open clinical trial. *Drug and alcohol dependence.* 1995; 37(1): 45-57.