

اثربخشی درمان عمقی ماتریکس بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجان در مردان ترک کننده مواد مخدر

مژگان نیک پور^۱، حسین خدمتگزار^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

* نویسنده مسئول: Email: khedmatgozar@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان عمقی ماتریکس بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری تنظیم هیجانی در مردان ترک-کننده مواد مخدر شهر تهران در طول ۶ ماه بود. پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت نیمه آزمایشی بود. طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گواه تصادفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مردان ترک کننده مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران در طول ۶ ماه بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس (داوطلبانه) ۳۴ نفر (۱۷ نفر گروه آزمایش، ۱۷ نفر گروه کنترل) به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های مقیاس مشکلات خود تنظیمی هیجانی - رفتاری گرانز (۲۰۰۴) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس (۱۹۸۴) پاسخ دادند؛ در مرحله بعد گروه آزمایش مداخله مبتنی بر درمان عمقی ماتریکس به مدت ۲۴ جلسه دریافت کردند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان عمقی ماتریکس بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری تنظیم هیجانی در مردان ترک کننده مواد مخدر تأثیر معنادار دارد. $p < /001$

واژگان کلیدی: درمان ماتریکس، تنظیم هیجانی، مهارت‌های مقابله‌ای

مقدمه

اعتیاد یک بیماری بسیار قدرتمند، مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف روانی، اجتماعی و محیطی در پیدایش و دوام و استمرار آن مؤثر هستند. چنانچه دایره ارتباطی هر فرد وابسته به مواد ۵ نفر فرض شود (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) نزدیک به ده میلیون نفر از مردم ما مستقیم یا غیر مستقیم با مسأله اعتیاد درگیر هستند (شاه محمدی و رستمی، ۱۳۹۸). از طرفی دیگر اعتیاد (سوء مصرف یا وابستگی به مواد) در جهان یکی از بزرگترین معضلات در جهت فروپاشی کانون خانواده و اجتماع به شمار می‌رود و دامی است که در کمین بسیاری از افراد جامعه، به خصوص جوانان است (اتکینسون و هیلگارد^۲، ترجمه براهنی، ۱۳۹۵).

حدود ۲۰ درصد مصرف‌کننده‌های هروئین در شهرها، فرزندان والدین تنها یا مطلقه هستند و در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که حداقل یک نفر از اعضای خانواده دچار اختلال مربوط به مواد است، خطر وابستگی به مواد افیونی در کودکان چنین محیط‌هایی بالاست (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۱۶، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

در بررسی علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد ملاحظه شده که درصد بالایی از معتادان در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که بین پدر و مادر اختلاف وجود داشته و محیط خانوادگی رضایت‌بخش نبوده است. در مورد وضعیت ازدواج در این گروه از افراد جامعه چنین اظهار نظر شده که از نمونه ۱۰۰ نفری، ۳۷ درصد از معتادان پس از ازدواج از همسرانشان جدا شده‌اند. همچنین نشان داده شده که نارضایتی از زندگی زناشویی بعد از اعتیاد افزایش یافته است و ۱۴ درصد از آنها بعد از اعتیاد از زندگی زناشویی رضایت نداشته‌اند (ممتازی، ۱۳۹۳).

مطالعات علت‌شناسی در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد، به رابطه بین استرس، مقابله و اعتیاد تأکید داشته و مصرف مواد را در شرایط استرس‌آور به‌عنوان یک سبک مقابله‌ای ناکارآمد تلقی کرده که می‌تواند به‌عنوان سبک معیوب عمل کرده و ادامه مصرف را باعث شود؛ بنابراین، استرس عامل خطر شناخته شده در اعتیاد و آسیب‌پذیری به عود اعتیاد است (سین‌ها^۴، ۲۰۰۸). استرس به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش بیماری‌ها شناخته می‌شود؛ بنابراین نحوه پاسخ یا واکنش به آن که می‌تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی داشته باشد؛ تحت عنوان مقابله مورد بررسی قرار می‌گیرد (نصیرزاده، ۲۰۰۹). همچنین مفاهیمی چون خودکنترلی^۵، خودتنظیمی^۶ و خودکارآمدی در نظریه یادگیری شناختی- اجتماعی بندورا^۷ متغیرهایی هستند که همبستگی نیرومندی با زندگی سالم و معنادار دارند (چلیسیا^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر بندورا افرادی که قادر باشند این توانایی‌ها را پرورش دهند می‌توانند به کمک آن از رفتارهای نامطلوب و ناسالم بسیاری اجتناب کرده و جهت مقابله با رفتارهای خطرناک محیطی موفق عمل کنند (ترنر^۹، ۲۰۱۳). در این باره ادوارد (۲۰۰۸) به رابطه اعتیاد و خود مستعد اشاره کرده و ذکر می‌کند که "خود ضعیف، زمینه‌ساز گرایش به اعتیاد و ناتوانی در رهایی از آن است". در نتیجه می‌توان گفت که خودتنظیمی به‌عنوان بعدی از خود می‌تواند نقش موثری در پیشگیری، مقابله، ترک و بهبودی از سوء مصرف مواد یا تداوم تغییرات درمانی داشته باشد (ویگمن^{۱۰}، ۲۰۰۳).

1. Addiction
2. Atkinson & Hilgard'
3. Kaplan & Sadook
- 4 Sin Ha
- 5 Self-control
- 6 Self-regulation
7. Bandura
- 8 Gilisa
- 9 Tener
- 10 Wgman

به طور کلی وابستگی به مواد دلایل و عوامل مختلفی دارد و به انحاء مختلف مانع از رشد و بالندگی انسان‌ها شده و موجب تباهی زندگی فردی و اجتماعی آنان می‌شود. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. ماتریکس^۱ یک روش درمانی برای درمان اعتیاد به انواع مواد محرک، حشیش و الکل با توجه به عوامل درونی و بیرونی برانگیزاننده مصرف مواد و نیز روشی برای مقابله با وسوسه است (جعفری و همکاران، ۱۳۹۹).

این مدل درمان برای برآورده کردن نیازهای بالینی مصرف‌کنندگان الکل و افراد وابسته به مواد افیونی نیز گسترش یافته است (رل^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی - اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف هستند (روزن^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین با توجه به اینکه سوء مصرف کنندگان و استفاده کنندگان از مواد محرک گروه ناهمگنی را تشکیل می‌دهند و یا با طیف وسیعی از مشکلات به درمانگر مراجعه می‌کنند، آموزش مهارت‌ها، با توجه به ویژگی‌های فردی، فرهنگی و خانوادگی متناسب هر کدام از مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است. به منظور تقویت و توسعه دامنه سبک مقابله‌ای^۴ فرد، آموزش مهارت‌های درون فردی مانند مقابله با میل مصرف مواد (و مهارت‌های بین فردی) مانند دوری از عرضه کنندگان مواد به افراد آموزش داده می‌شود. بیماران این مهارت‌ها را هم به منزله راهبردهای خاص قابل استفاده در اینجا و اکنون برای کنترل مصرف مواد و هم به منزله راهبردهای عمومی و فراگیر که در مورد طیف وسیعی از مشکلات قابل استفاده است، یاد می‌گیرند. بنابراین هدف درمان شناختی رفتاری، فقط کمک به بیمار در کاهش و یا ترک مصرف مواد در جریان درمان نیست، بلکه درمان شناختی رفتاری مهارت‌هایی را به افراد آموزش می‌دهد که حتی مدت‌ها پس از ختم درمان نیز برای او مفید خواهند بود (درویش نیا فندری، ۱۳۹۸).

بنابراین با توجه به آسیب‌های اجتماعی و روانی اعتیاد و تبعات زیان‌بار این پدیده انجام پژوهش آسیب‌شناسانه چه در جهت پیشگیری، چه در جهت درمان، ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که طبق مطالعات پژوهشگر پژوهش‌های پیشین انجام شده به بررسی اثربخشی درمان عمقی ماتریکس بر بهبود خودتنظیمی و سبک‌های مقابله‌ای در مصرف‌کنندگان مواد مخدر نپرداخته‌اند؛ لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان به روش ماتریکس بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری تنظیم هیجان در مردان مصرف‌کننده مواد مخدر تأثیر دارد؟

ادبیات پژوهش

۱- تعریف اعتیاد، معتاد

در لغت به معنای عادت کردن و یا خوی کردن به چیزی است (دهخدا، ۱۳۳۸). سازمان ملل متحد (۱۹۵۰) اعتیاد را این‌گونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان‌بخش می‌باشد و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی ذیل است:

- احساس نیاز شدید به استعمال دارو و تهیه آن از هر طریق ممکن.
- وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف دارو.
- وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار دارو، به طوری که در اثر عدم دسترسی به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود (شهیدی، ۱۳۷۵). معتاد فردی است که از راه‌های گوناگون نظیر خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق، یک یا چند

1 Matrix

2 Rll

3 Rowsen

4 coping skills

ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می‌کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می‌گردد (آقابخشی، ۱۳۹۴).

۲- طبقه بندی اختلالات مصرف مواد

در چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی واژه اعتیاد به صورتی که در چاپ‌های قبلی بکار رفته بود حذف شده است. در عوض به دو شکل از سوء مصرف مواد اشاره می‌کند و آنها را بشرح زیر تعریف می‌نماید:

الف - اختلالات سوء مصرف مواد عبارت است از استفاده ناسازگارانه از مواد شیمیایی که دارای آثار معنادار بالینی یا تنیدگی هستند و با مشکلات قانونی، عملکرد شغلی، مشکلات تحصیلی، مشکل در خانواده و رفتارهای خطرناکی که موجب زیان به جسم می‌شود، همراه است. در توضیح اختلالات وابسته به مواد یازده طبقه از مواد که دارای آثار جسمی و روانی هستند را معرفی کرده و به توضیح آنها پرداخته است. این یازده طبقه از مواد عمدتاً موادی هستند که مصرف آنها عوارض جانبی ایجاد نموده و تداوم مصرف آنها الگویی از وابستگی را پدید می‌آورد. این مواد عبارتند از: الکل، آمفتامین‌ها (محرکهای دستگاه سمپاتیک)، کافئین، حشیش، کوکائین، توهم‌زها، مواد استنشاقی، نیکوتین، مواد افیونی، فنیل سیکلیدین، مسکن‌ها و داروهای ضد اضطراب (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۸).

ب - اختلال وابستگی به مواد عبارتست از فقدان کنترل در اثر مصرف بیش از یکبار مواد که با نشانه‌های زیر همراه می‌باشد؛ تحمل، علائم ترک، مصرف رو به افزایش، تلاش‌های ناموفق برای ترک، گذراندن وقت زیاد برای بدست آوردن مواد، از دست دادن فعالیت‌های مهم زندگی و یا کاهش آنها بخاطر مصرف مواد و ادامه مصرف با وجود آگاهی از مشکلات آن (گلنترز^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

ج - سومین اصطلاح اختلالات القایی مواد است^۵ به معنی ظاهر شدن بعضی از نشانه‌های روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و یا دیگر اختلالات ذهنی که هرکدام از این نشانه‌ها در نتیجه مصرف مواد حاصل می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۸). اما DSM-5 در طبقه‌بندی خود یک تغییر بسیار انقلابی یا رادیکال داده است، به این صورت که دو طبقه مستقل "سوء مصرف مواد" و "وابستگی به مواد" را حذف کرده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد را جایگزین آنها کرده است. منطق پشت پرده ادغام این دو طبقه این است که گروه تحقیقاتی DSM-5 به این نتیجه رسیده است که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد و هر دو روی یک بُعد قرار دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۹۳).

۳- اختلالات مرتبط با مواد بر طبق DSM-5 :

اختلالات مرتبط با مواد ۱۰ طبقه مجزای داروها را در بر می‌گیرند: الکل؛ کافئین؛ حشیش؛ مواد توهم‌زا؛ مواد استنشاقی؛ مواد شبه افیونی؛ داروهای آرامبخش، خواب آور و ضد اضطراب؛ مواد محرک؛ توتون و مواد دیگر (یا نامشخص). این طبقه کاملاً مجزا هستند. تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال سازی مستقیم سیستم پاداش مغز مشترک هستند، که در تقویت رفتارها و تولید خاطرات مشارکت دارند. آنها به قدری سیستم پاداش را فعال می‌کنند که از فعالیت‌های عادی غفلت می‌شود. داروهایی که سوء مصرف می‌شوند، به جای اینکه از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش دست یابند، مستقیماً گذرگاه‌های

1. Addiction
2. Substance Abuse Disorders
3. Substance dependency disorders
4. Glantz
4. Substance induced disorders

پاداش را فعال می‌کنند. مکانیزم‌های دارویی که هر طبقه از داروها به وسیله آنها پاداش را تولید می‌کنند، متفاوت هستند، اما داروهایی که معمولاً این سیستم را فعال کرده و احساسات لذت ایجاد می‌کنند، اغلب نشه‌آور نامیده می‌شوند. به علاوه، افرادی که خویشن‌داری کمی دارند، برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد خیلی مستعد می‌باشند، بدین معنی که منشاء اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را، مدت‌ها قبل از شروع عملی مصرف مواد، در رفتارها می‌توان پیدا کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

۴- روش ماتریکس درمانی:

در حال حاضر بهترین درمان وابستگی به مت‌آمفتامین‌ها "رفتار درمانی" از جمله درمان شناختی - رفتاری و نیز مداخلات مدیریت اقتضایی یا مشارکتی است. روش درمانی ماتریکس که برای اولین بار توسط دانشگاه UCLA آمریکا به دنیای پزشکی معرفی شده است، درمانی سرپایی، فشرده، چند وجهی و دارای یک ساختار بسیار منظم بوده و برای فرد و خانواده‌اش برنامه ریزی دارد. ماتریکس یک روش درمانی برای درمان اعتیاد به انواع مواد محرک، حشیش و الکل و... با توجه به عوامل درونی و بیرونی برانگیزاننده مصرف مواد و نیز روشی برای مقابله با وسوسه است (گلپور، ۱۳۸۹).

درمان سرپایی عمقی یا مدل ماتریکس اصلی‌ترین مداخله‌ی مختص وابستگی به مواد محرک است که توسط متخصصان موسسه‌ی ماتریکس به عنوان روش‌های تجربی و عملی موثر بر پرهیز از مواد تهیه شده است و در مجموعه مداخلات موفق سرپایی برای درمان وابستگی به آمفتامین‌ها قرار می‌گیرد (راهنمای ماتریکس، ۲۰۰۶؛ به نقل از مکری، ۱۳۹۴). این مدل درمانی به مسایل درمانجویانی می‌پردازد که به مواد محرک، به ویژه آمفتامین و کوکائین وابسته‌اند. در این مدل به درمانجویان کمک می‌شود تا سبک زندگی رها از مواد را برای خودشان شکل دهند تا به ترک مواد و تداوم پرهیز از مواد دست یابند و پاک بمانند (مک کتاین و آدریان، ۲۰۱۳). این مدل مرکب از مداخلات شناختی - رفتاری، آموزش روانی و گروه‌های حمایتی است، دارای تعداد جلسات مداخله‌ای زیادی بوده و بیشتر پرهیز محور و نتیجه محور بوده و بر چگونگی تغییر در مراحل تغییر توجه ندارد. تاکید اصلی مدل سرپایی عمقی، بر یادگیری و تمرین طیف وسیعی از مهارت‌های بهبودی است (توکلی و همکاران، ۲۰۱۴).

۵- بومی سازی مدل ماتریکس

برنامه‌ای که در کتاب ماتریکس اصلی به آن اشاره شده است، برنامه ریزی ساعتی است اما کارشناسان و دست‌اندرکاران کاهش آسیب‌های اجتماعی آگاه‌اند که در عمل بسیار سخت است که بتوان برنامه ریزی‌های ساعتی را مو به مو اجرا کرد؛ که این موضوع ممکن است به علت تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی باشد، که طیف مراجعین ما در ایران با سایر کشورها دارند. در روش‌های ترک سوء مصرف مواد، تکنیک‌های غیردارویی علمی بسیاری وجود دارند که می‌تواند به ما کمک کند و حضور پزشک و روانشناس و یاوران تجربی دوره دیده و گروه‌های هم‌تا در برنامه ریزی و اجرای این مدل از ویژگی‌های خاص و برجسته می‌باشد. در انجام این شیوه، از جلسات متعدد و مداخلات ظریف روانشناختی به منظور پرهیز تدریجی بیمار، تقویت حوزه عملکرد روانی، اجتماعی و حرف‌های فرد استفاده می‌گردد؛ تا مراجعه کننده به روشنی مزایای پرهیز را ترک کند. راهکارهایی که توسط روانشناس به مراجع ارائه می‌شوند، به صورت تمرینات عملی و به شکل مکتوب در دفترچه‌هایی که مخصوص این تمرینات پیش‌بینی شده‌اند از مراجع خواسته می‌شود و مراجعه‌کنندگان با انجام تست‌های مخصوص مواد مخدر در درمان و تحت نظارت می‌باشند. بنا بر نظرات کارشناسان مباحث اعتیاد و کاهش آسیب، آموزش‌های مورد نیاز فعالان این حیطه می‌تواند در زمینه‌های مباحث حقوقی، اختلالات روانی همراه با اعتیاد در مواد مختلف، آثار غیرقابل بهبود در اعتیاد و نحوه تعامل مثبت، مفاهیم بیماری‌هایی نظیر افسردگی و سایکوز و اختلال شخصیت و... تکنیک‌های علمی پیشگیری از عود، تغذیه صحیح در مراکز کاهش آسیب، جنبه‌های غیر دارویی درمان، روابط جنسی سالم در اعتیاد، کمک‌های اولیه و نحوه صحیح امداد رسانی به مصدومین و بهبود یافتگان و... باشد که الزاماً می‌باید بر اساس فرهنگ و آداب اجتماعی ایرانی - اسلامی منطبق و سازگار شده باشند (گلپور، ۱۳۹۸).

روش پژوهش

تحقیقی که نتایج آن برای تسهیل عملیات اجرایی و یا حل مشکلات به کار می‌رود تحقیق کاربردی می‌باشد، لذا پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی می‌باشد. از لحاظ ماهیت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و گواه تصادفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مردان ترک کننده مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران بوده است. نمونه آماری با توجه به ماهیت تحقیق و با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه تعداد ۳۴ نفر از مردان ترک کننده مواد مخدر برآورد شد که برای ترک به یکی از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و خدمات درمان نگهدارنده را دریافت می‌کردند. که به روش نمونه گیری در دسترس (داوطلبانه) انتخاب شدند و با گواه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۷ نفر گروه آزمایش، ۱۷ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. به منظور انتخاب آزمودنی ها، با مراجعه به ۴ کلینیک ترک اعتیاد در مناطق جنوب، شمال، شرق و غرب تهران فهرست افرادی که خدمات نگهدارنده در این کلینیک ها دریافت می‌کردند، تهیه شد این فهرست شامل ۱۳۵ نفر بود از میان افرادی که جهت ترک اعتیاد به کلینیک مراجعه نموده بودند. با کمک همکاران، مصاحبه نیمه ساختاریافته به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، با تک تک افراد انجام شد. این معیارها عبارت بودند از: نداشتن بیماریهای روانپزشکی جدی، تعدد ترک های ناموفق پیشین، اخذ رضایت نامه کتبی و تمایل به شرکت در پژوهش. پس از انجام مصاحبه، نهایتاً ۳۴ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. پس از انتخاب، اهداف درمانی به آنها و خانواده هایشان توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر مراجعین گردید. در نهایت ۳۴ نفر انتخاب شده در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد و گروه آزمایش درمان ماتریکس را دریافت کردند اما گروه کنترل روال سابق را ادامه دادند در نهایت تعداد ۲ نفر از گروه آزمایش دوره را کامل به اتمام رساندند و تعداد نمونه به ۳۰ نفر افت پیدا کرد در نهایت از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه مشکلات خودتنظیمی هیجانی- رفتاری گراتزو پرسش نامه راهبردهای مقابله ای فولکمن و لازاروس استفاده گردیده است. روایی محتوای پرسشنامه گراتزو ۰/۸۰ و پایایی آن بر اساس ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۶ بوده است. همچنین روایی محتوای پرسشنامه فولکمن و لازاروس ۰/۸۲ و پایایی آن مطابق با الفای کرونباخ ۰/۷۹ بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. بخش آمار توصیفی شامل (میانگین، انحراف استاندارد و...) بود. در بخش آمار استنباطی در برای آزمون فرضیه ی اصلی از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) برای فرضیه های جزئی (اختصاصی) استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل نهایی داده ها از نرم افزار SPSS21 استفاده شد.

یافته ها

در جدول زیر ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات) نمونه مورد مطالعه به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

ویژگی		گروه مطالعه			
		گروه آزمایش	گروه گواه		
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
	۲۰-۳۰ سال	۷	۴۶/۶۶	۶	۴۰
	۳۰-۴۰ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۴۰-۵۰ سال	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷

۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	بیشتر از ۵۰ سال	
۳۳/۳۳	۵	۴۰	۶	مجرد	وضعیت تاهل
۶۶/۶۴	۱۰	۶۰	۹	متاهل	
۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	بی سواد	تحصیلات
۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	زیر دیپلم	
۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷	۴	دیپلم	
۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷	۴	لیسانس	
۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	فوق لیسانس	مدت زمان اعتیاد
۲۶/۶۷	۴	۲۰	۳	کمتر از ۵ سال	
۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	۵-۱۰ سال	
۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۵	۱۰-۱۵ سال	
۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	۱۵-۲۰ سال	
۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	بیشتر از ۲۰ سال	سابقه خانوادگی
۶۰	۹	۵۳/۳۳	۸	دارد	
۴۰	۶	۴۶/۶۷	۷	ندارد	اعتیاد

همان طوری که ملاحظه می‌شود در هر دو گروه آزمایش و گواه درصد بیشتری از افراد در دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار دارند، همچنین درصد بیشتری از نظر وضعیت تاهل، متاهل و از نظر تحصیلات بی‌سواد، زیر دیپلم، دیپلم و لیسانس هستند، و تنها ۶/۶۷ درصد از هر گروه فوق لیسانس بودند. علاوه بر این در هر دو گروه آزمایش و گواه درصد بیشتری از افراد از نظر مدت زمان اعتیاد در دامنه زمانی ۵-۱۰ و ۱۰-۱۵ قرار دارند و سابقه خانوادگی اعتیاد درصد بیشتری از افراد هر دو گروه دارای سابقه خانوادگی اعتیاد بودند.

در جدول شماره دو آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش (مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجانی) به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله

پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		تعداد	
		میانگین	انحراف معیار		
مهارت‌های مقابله‌ای	پیش آزمون	آزمایش	۴۵/۶۰	۱۵	
		کنترل	۴۶/۹۳	۱۵	
		پس آزمون	آزمایش	۵۷/۴۰	۱۵
			کنترل	۴۷/۷۳	۱۵
	پیش آزمون	آزمایش	۴۷/۶۰	۱۵	
		کنترل	۴۶/۹۳	۱۵	
		پس آزمون	آزمایش	۵۲/۴۰	۱۵
			کنترل	۴۶/۷۳	۱۵
مهارت‌های مقابله‌ای	پیش آزمون	آزمایش	۵۱/۶۰	۱۵	
		کنترل	۵۲/۹۳	۱۵	

۱۵	۴/۸۹	۳۴/۴۰	آزمایش	پس آزمون	دشواری در تنظیم هیجانی
۱۵	۵/۴۱	۴۹/۷۳	کنترل		
۱۵	۱۶/۱۱	۱۳۱/۶۶	آزمایش	پیش آزمون	
۱۵	۱۵/۰۵	۱۲۸/۲۰	کنترل		
۱۵	۱۰/۲۸	۹۸/۲۶	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۱۷/۵۰	۱۳۰/۱۳	کنترل		

همان‌طور که در این جدول ملاحظه می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در گروه آزمایش ۴۵/۶۰، ۶/۳۴ و در گروه کنترل ۴۶/۶۰، ۷/۱۳ می‌باشد ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۷/۴۰، ۷/۸۹ و ۴۷/۷۳، ۵/۴۱ به دست آمد.

میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۴۷/۶۰، ۶/۳۶ و در گروه کنترل ۴۶/۹۳، ۶/۲۵ می‌باشد ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۲/۴۰، ۹/۸۹ و ۴۶/۷۳، ۷/۴۱ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۵۱/۶۰، ۶/۳۴ و در گروه کنترل ۵۲/۹۳، ۷/۲۵ می‌باشد ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹۸/۲۶، ۱۰/۲۸ و ۱۳۰/۱۳، ۱۷/۵۰ به دست آمد.

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجانی در جداول سه و چهار گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نتیجه‌گیری	کلموگروف - اسمیرنف		گروه‌ها	مرحله	نرمال بودن توزیع نمرات	
	معنی داری	آماره			مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار	مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار
نرمال است	۰/۸۶۱	۰/۶۰	آزمایش	پیش آزمون	مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار	مهارت‌های مقابله‌ای
نرمال است	۱/۰۰۰	۰/۳۵	کنترل			
نرمال است	۰/۷۱۸	۰/۶۹	آزمایش	پس آزمون		
نرمال است	۰/۹۷۱	۰/۴۹	کنترل			
نرمال است	۰/۷۱۲	۰/۷۰	آزمایش	پیش آزمون	مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار	
نرمال است	۰/۹۷۳	۰/۴۸	کنترل			
نرمال است	۰/۹۸۵	۰/۴۶	آزمایش	پس آزمون		
نرمال است	۰/۹۱۳	۰/۵۶	کنترل			
نرمال است	۰/۷۶۲	۰/۶۷	آزمایش	پیش آزمون	مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد	
نرمال است	۰/۷۹۴	۰/۶۵	کنترل			
نرمال است	۰/۸۳۵	۰/۶۲	آزمایش	پس آزمون		
نرمال است	۰/۹۴۴	۰/۵۳	کنترل			
نرمال است	۰/۹۰۳	۰/۵۹	آزمایش	پیش		

دشواری در تنظیم هیجانی	آزمون	کنترل	۰/۷۷	۰/۶۵۱	نرمال است
		پس آزمون	آزمایش	۱/۲۹	۰/۰۹۸
	کنترل	۱/۰۷	۰/۱۲۸	نرمال است	

همانگونه که در جدول (۳) مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجانی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	سطح معناداری
مهارت‌های مقابله‌ای	۱/۶۷	۰/۳۹۱
مهارت‌های هیجان‌مدار	۱/۰۳	۰/۴۲۵
مهارت‌های مقابله‌ای	۲/۳۱	۰/۳۲۳
مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد	۲/۸۲	۰/۲۱۲

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجانی معنادار نمی‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود.

بررسی فرضیه اصلی پژوهش

فرضیه ۱: درمان به روش ماتریکس بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در مردان ترک‌کننده‌ی مواد مخدر تأثیر معنادار دارد.

جدول زیر نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی مهارت‌های مقابله‌ای در مردان ترک‌کننده‌ی مواد مخدر در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون مهارت‌های مقابله‌ای گروه‌های آزمایش و

کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار	۵۲۰۸/۱۴	۱	۵۲۰۸/۱۴	۱۳۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار	۲۹۱۱/۵۱	۱	۲۹۱۱/۵۱	۴۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد	۴۱۶۶/۹۹	۱	۴۱۶۶/۹۹	۱۸۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱

همان طوری که در جدول شماره ۵ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار ($F=137/81$ و $p<0/001$)، مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ($F=43/60$ و $p<0/001$) و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد ($F=185/91$ و $p<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان به روش ماتریکس با توجه به میانگین مهارت‌های مقابله‌ای گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار و کاهش مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برای مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار برابر با ۰/۸۴، برای مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار برابر با ۰/۶۳ و برای مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد ۰/۸۸ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۸۴

درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مهارت های مقابله ای مسئله مدار، ۶۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مهارت های مقابله ای هیجان مدار و ۸۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مهارت های مقابله ای ناکارآمد مربوط به تاثیر درمان به روش ماتریکس می باشد. بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد.

فرضیه ۲: درمان به روش ماتریکس بر بهبود دشواری در تنظیم هیجانی در مردان ترک کننده مواد مخدر تأثیر معنادار دارد.

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی دشواری در تنظیم هیجانی در مردان ترک کننده مواد مخدر در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون دشواری در تنظیم هیجانی گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
دشواری در تنظیم هیجانی	۴۲۲۴/۷۱	۱	۴۲۲۴/۷۱	۹۳/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱

همان طوری که در جدول بالا مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ دشواری در تنظیم هیجانی ($F=93/11$ و $p<0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان به روش ماتریکس با توجه به میانگین دشواری در تنظیم هیجانی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجانی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۹ می باشد. به عبارت دیگر، ۷۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون دشواری در تنظیم هیجانی مربوط به تاثیر درمان به روش ماتریکس می باشد. بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد.

بحث و نتیجه گیری:

مشکل در تنظیم هیجان ها، زیر بنای بیشتر ناخوشی های انسان است و در تمام گستره اختلال های روانی از نروزها گرفته تا پسیکوزها مسئله شایعی است. انسان بیشتر از سایر گونه ها از گنجینه هیجانی خود سود می برد و بیش از بقیه از آن متضرر می شود. افراد دارای سوء مصرف مواد با عدم شناخت صحیح از عواطف و احساسات خوشی توانای اتخاذ رفتارهای صحیح، منطقی و مبتنی بر واقعیت را از دست می دهند، از سویی دیگر این افراد در به کار بردن درست هیجان ها نیز مشکل دارند (لینسکی، ۲۰۱۱، به نقل از اسلام دوست، ۱۳۹۳). این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آنها، پردازشی درست و مدیریت مطلوب هیجان ها در بطن روابط بین فردی نیز با دشواری های مواجه هستند. این دشواری ها باعث می شود که فرد در رویارویی با موقعیت های تنیدگی زای زندگی، توانای تحلیل، تصمیم گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نایافته کشیده شوند، به نظر می رسد که تحمل پایین این افراد آنها را مجبور به یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجانانگیزی - کند (خدایی و همکاران، ۱۳۹۸). خودتنظیمی هیجانی عامل مهمی در مقابله ی موثر با شرایط پر خطر و وسوسه مصرف و تغییرات هیجانی در افراد وابسته به مواد به شمار می روند. براین اساس توجه به آنها و تشخیص راه های تقویت خودتنظیمی و خودکارآمدی در مداخلات ترک مواد ضرورت دارد. یکی از مدل های درمانی که بر افزایش خودتنظیمی هیجانی تاکید دارد مدل مراحل تغییر است (قربانی، ۲۰۱۶). در مدل مراحل تغییر، خودتنظیمی هیجان ها با بررسی میزان غلبه بر وسوسه ی مراجع به انجام رفتار مشکل ساز و میزان خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه ها ارزیابی شده است (گریفتین و بوتوین، ۲۰۱۷).

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان ماتریکس بر بهبود مهارت های مقابله ای بهبود دشواری در تنظیم هیجانی در افراد ترک کننده مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از اثربخشی درمان ماتریکس بهبود مهارت های مقابله ای بهبود دشواری در تنظیم هیجانی در این افراد بود. یکی از رویکردهای درمانی امیدبخش در سال های اخیر، مدل درمان سرپایی ماتریکس است. پژوهش ها

نشان داده‌اند که در این روش درمانی، با وجود طولانی بودن دوره درمان، بیماران بیشتر درمان را ادامه می‌دهند و آزمایشات منفی مت‌آفتمین در طول این دوره بیشتر دیده می‌شود (راوسون و همکاران، ۲۰۱۶). کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام شناختی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود، نه اینکه از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پرخطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب ناپذیرند. البته باید توجه داشت که مؤثر بودن مداخله‌های درمانی به عوامل و شرایط مختلف بستگی دارد.

مؤثر بودن هر برنامه بر حسب همه یا هیچ و موفقیت آمیز بودن برنامه‌ها از اصل شرایط اجرا، ویژگی‌های شرکت کنندگان و سطح تخصص مجریان متغیر خواهد بود. البته اصول حاکم بر برنامه‌های مؤثر، نسبتاً یکسان است و برنامه‌هایی که پایه‌های نظری آنها از استحکام بیشتری برخوردار است، ساختار مشابهی دارند. با این وجود بسیاری از برنامه‌ها در تعامل با موقعیت‌های مختلف، انعطاف پیدا می‌کنند. با توجه به متغیر بودن شرایط اجرا، ماهیت شرکت کنندگان، سطح دانش و تخصص درمانگران و مربیان و منابع و امکانات اجرایی رعایت اصل انعطاف پذیری در برنامه‌های آموزشی اجتناب ناپذیر است. مداخله‌های با رویکرد درمانی ماتریکس بر روی پایه‌های نسبتاً محکم استقرار یافته‌اند؛ به همین دلیل مؤثر بودن مداخله‌های مورد بحث، دور از انتظار نیست. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان این روش درمانی را به‌عنوان روشی مؤثر برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر و همچنین پیشگیری از عود مصرف به کار برد. همچنین کلینیک‌های ترک اعتیاد در کنار دارو درمانی روش درمانی ماتریکس را به‌عنوان روشی مکمل می‌توانند مورد استفاده قرار دهند. از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود که روان‌درمانگرها و متخصصین ترک اعتیاد در کنار روش‌های معمول ترک به آموزش کنترل هیجانات و سبک‌های مقابله‌ای مفید به مراجعان خود به کاهش وابستگی به مواد در آنها کمک نمایند. در نهایت برای نتیجه‌گیری و دقیق‌تر شدن میزان تأثیر این شیوه درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، می‌توان طرح حاضر را برای هر گروه از مصرف کنندگان بر حسب نوع ماده‌ی مصرفی به‌صورت جداگانه اجرا کرد.

مراجع

- ابوالقاسمی، شهنام و سعیدی، مؤده (۱۳۹۸). *اثر بخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس و ماتریکس اسلامی بر میزان اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه‌ی شهر تنکابن*. روانشناسی دین، سال پنجم، شماره ۱ دوم، صفحات ۵۵-۶۶.
- آلتمایر، الیزابت (۱۹۸۷). *استرس شغلی*. ترجمه: غلامرضا خواجه پور. تهران: انتشارات سازمان مدیریت صنعتی.
- اتکینسون، ریچارد. ال و اتکینسون، ریچارد. سی و اسمیت، ادوارد. ای و داریل، جی. بم و هوکسما، سوزان، نولن (۲۰۱۶). *زمینه روانشناسی هیگلگارد*، ترجمه: محمد تقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- امینی، فریده (۱۳۹۹). *پیش‌بینی استرس تحصیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با واسطه‌گری سبک‌های مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبیرستانی*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۸). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*، مترجمان: فرزین رضاعی، سیدعلی فخرای، اتوسا فرمند، علی نیلوفری، زانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو. تهران: انتشارات ارجمند.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۸). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*، ترجمه‌ی یحیی سید محمدی (۱۳۹۷)، تهران: نشر روان.
- برهانی، توران (۱۳۹۹). *مقایسه معنویت، سبک‌های مقابله‌ای و میزان تاب‌آوری در افراد با سابقه مصرف الکل و افراد مصرف‌کننده الکل*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

- بیگی، ع.، فراهانی، م.، محمدخانی، ش.، و محمدیفر. م (۱۳۹۸). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادین گمنام و معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روانشناسی بالینی، شماره ۳، ص ۳۱-۲
- پورنقاش تهرانی، س (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سمزدایی بر نشانه های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر، مجله مطالعات روانشناختی، شماره ۲، ص ۵۲-۴۶.
- جعفری، مصطفی، بساک نژاد، سودابه، مهربانی زاده، هنرمند، مهناز، زرگر، یدالله (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد، اندیشه و رفتار، دوره ۹، شماره ۱، ص ۳۵-۴۷.
- جعفری زاده، ذبیح الله (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه ی ارتباط بین مؤلفه های شخصیتی و راهبردهای مقابله در معتادین به تریاک ۳۶-۳۰ ساله، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جعفری، زهره (۱۳۹۴). مقایسه ی ابعاد روانشناختی مشکلات جنسی بین مردان متاهل وابسته به مصرف مواد با مردان متاهل عادی شهر تهران، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- حاجی حسینی نسب اناری، فاطمه (۱۳۹۷). بررسی رابطه ی عقاید وسوسه انگیز، و اضطراب با ابراز وجود در سوء مصرف کنندگان مواد، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، رشته ی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه باهنر کرمان.
- حدادی، روح الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس و اکبری، سعید (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، ۱۰، ۲۱۰-۱۷۵.
- خانزاده، مصطفی، سعید زاده، محسن، حسین چاری، مسعود، ادیسی، فروغ (۱۳۹۹). ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجان، مجله ی علوم رفتاری، دوره ۶، شماره ۱، ص ۹۶-۸۷.
- رنجبرنوشری، فرزانه، محمودعلیلو، مجید، اسدی مجره، سامره، قدرتی، یلدا، نجار مبارکی، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و پنجم.
- سروقد، س، برزگر، م، بلاغی، ط (۱۳۹۸). رابطه بین ویژگی های شخصیتی و ابعاد کمال گرایی با سبک های مقابله با استرس در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد مرودشت، فصلنامه علمی پژوهشی جامعه شناسی زنان، ۲(۳)-۱۰۲-۸۱.
- سرمد، زهره. بازرگان، عباس. حجازی، اله (۱۳۹۶). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات: آگاه.
- - American Psychological Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington DC:APA.
- - Anderson T.L, Varen.(2019). *Toward a preliminary macro theory of drug addiction*, *Deviant behavior*, 16, 353-372..
- - Blalock, J.; & Toiner, T. E. (2021). *Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression / anxiety*. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, ۱۹, ۵۹۲-۵۴۷.
- - Botvin, G. J., Griffin, K. W. M., Diaz, T., & fill- Williams, M. (2011). *Drug abuse prevention among minority adolescents:one- Year follow- up of a school- based preventive intervention*. *Prevention Science*, 2, 1-13.
- - Carroll, K.M. Easton. C. J. Nick. C, Hunkele. K. A., Neavins. T. M., Sinha. R. Ford. H. L. Vitolo. S.A., Doebtick. C. A. & Rounsaville. B. J. (2007). *The use of contingency management and*

motivational skills building therapy to treat young adults with marijuana dependence. Journal of consultant clinical psychology, 14 (5), 955-66

- - Daley, DC., Marlatt, GA. (2015). *Relapse prevention: clinical models and intervention strategies*. In: A.W. Graham, T.K. Schultz, M.F.
- - Faggiano, F., Vigna, F., Burkhart, G., Bohrn, K., & Gergori, D. (2019). *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow up of the Eu-Dap cluster randomized controlled trial*. *Drug and Alcohol dependence, 108(1-2), 56-64.*
- - Glantz, M., Hartel, C., (2002). *Drug Abuse, Origins and Interventions*; American Psychological Association, W.D.
- - Hasanshahi MM, Darai M. (2017). *Impact of coping on students mental health: effects of moderating psychological hardiness*. *Journal of Science and Research in Psychology; 26: 77-98. Persian.*
- - Haren, E.; & Mitchel, C. W. (2018). *Relationship between the five-factor personality model and coping styles*. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal: 40 (1), 38-49.*
- - Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (2019). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410- 452). New York: Brunner/ Mazel.
- - Mills, G. K., & Solyom, L. (1997). *Biofeedback of EEG alpha in the treatment obsessive ruminations. An exploration*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5, 37- 4*
- - Pedro, A.; Kimberly, M.; Carace, N. S.; Endler, M.; & Calvo, G. (2020). *Coping styles and threat processing*. *Journal of Personality and Individual Differences. 35: 843-861.*
- - Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J. Hassson, A.L., Marinelli-Casey, P.J. Brethen, P.R. & Ling, W. (2021). *An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model*. *Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 117-127.*
- - Sinha, J. W. (2019). *Adolescent Risk Behaviors and Religion: Findings from a National Study* 30, pp.249-231.
- - Specka, M., Finkbeiner, T., Lodemann, E., Leifert, K., Kluwig, J., & Gastpar, M. (2002). *Cognitive-motor performance of methadone-maintained patients*. *European Addiction Research, 6, 8-19.*
- - Zenoian S, Gharai B, Yazdandoost R. (2019). *Effects of teaching problem solving in change student coping strategies*. *Tabriz Journal of Psychology; 5(20). Persian.*
- - Zuckerman, M. (2020) . *The psychological model for impulsive unsocialized sensation seeking: A comparative approach*. *Neuropsychobiology, 34(3), 125 –129.*