

## مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت آمفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین\*

آمنه اوچی<sup>۱</sup>، علیرضا حیدری<sup>۲</sup>، سعید بختیارپور<sup>۳</sup>، ناصر سراج خرمی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۱۶

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت آمفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مردان وابسته به مت آمفتامین، تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین مراجعه کننده خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در زمستان ۱۳۹۷ تشکیل می دادند. تعداد ۴۵ نفر از جامعه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. در هر سه گروه، پرسش نامه های تاب آوری کانر و دیویدسون و سازگاری اجتماعی بل به عنون پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. گروه نخست، در ۱۴ جلسه درمان ماتریکس و گروه دوم، ۸ جلسه واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب دریافت کردند. اما گروه سوم مداخله ای نداشتند و فقط تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین بودند. **یافته ها:** نتایج نشان داد درمان های ماتریکس و واقعیت درمانی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی بیماران اثربخش بود. همچنین تفاوت اثربخشی دو درمان معنادار بوده و درمان ماتریکس نسبت به واقعیت درمانی در هر دو متغیر اثربخشی بیشتری داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به این که الگوی ماتریکس تلفیقی از برنامه های شناختی- رفتاری، مهارت های مقابله ای، آموزش خانواده و گروه های همیار می باشد، توصیه می شود به صورت گسترده در درمان بیماران وابسته به مت آمفتامین استفاده شود.

**کلید واژه ها:** بوپرنورفین، تاب آوری، تئوری انتخاب، درمان ماتریکس، سازگاری اجتماعی، مت آمفتامین، واقعیت درمانی نوین گروهی

\*این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی خرمشهر - خلیج فارس می باشد

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین المللی خرمشهر - خلیج فارس، خرمشهر، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، پست

الکترونیکی: docheidarie43@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

۴. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دزفول، دزفول، ایران

## مقدمه

شیوع بالا مصرف مت‌آمفتامین و آمار فوق العاده بالا مرگ و میر مصرف کنندگان آن طی سال‌های اخیر در بسیاری پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (پاسارو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵، ۲۳ درصد به آمار مصرف کنندگان مواد مخدر در دنیا اضافه شده که برآورد نرخ شیوع جهانی در سال ۲۰۰۶ حدود ۹/۴ درصد بوده و در سال ۲۰۱۵ به ۳۹/۵ درصد رسیده است. در سال ۱۳۹۶، دو میلیون و هشتصد و هشت هزار نفر به عنوان آمار رسمی مصرف کنندگان مستمر مواد مخدر در ایران اعلام شده است. مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۹۴ ۸/۶ درصد رشد داشته است. به عبارتی، بیش از سه هزار و یکصد و نود معتاد به دلیل سوء مصرف فوت شده‌اند. در بین تمام مواد مخدر مواد روان گردان مانند مت‌آمفتامین، علاوه بر پیامدها و عوارضی که به صورت مستقیم بر مصرف کننده دارد، هزینه‌های اجتماعی ثانویه-ای نیز مانند اختلال در خانواده، مدرسه، زندگی کاری و بروز انواع خشونت‌ها و رفتارهای پرخطر جنسی دارند (ایپسر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مت‌آمفتامین<sup>۳</sup> یک روان گردان طولانی مدت است که عمدتاً به وسیله معکوس کردن حمل کننده‌های مونوآمین که منجر به افزایش سطح بالای داروهای متادون و بوپرنورفین از جمله انواع درمان‌هایی می‌باشد که با هدف کمک به بیماران وابسته در بهبود مشکلات بهداشتی-روانی، اجتماعی و خانوادگی آن‌ها کاربرد دارد. بوپرنورفین<sup>۵</sup> (بوپرکسین) دارویی برای درمان اعتیاد به مواد مخدر در مطب پزشکان است. یک ماده مخدر نیمه صناعی مشتق از تبائین<sup>۶</sup> است که خود از آلکالوئیدهای خشخاش<sup>۷</sup> به دست آمده و یک آگونیست نسبی<sup>۸</sup> به حساب می‌آید (باگلی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده درمان دارویی اعتیاد به تنهایی پایدار نیست و نیز با توجه به گستره آسیب‌ها و درگیری‌های مختلف روانی و بدنی، تنوع اقدامات درمانی و استفاده از

1. Passaro

2. Ipser

3. Methamphetamine

4. Malcolm

5. Buprenorphine

6. thebaine

7. Papaver somniferum

8. partial agonist

9. Bagley

مداخلات مختلف طبی و روانی الزامی به نظر می‌رسد. نظام درمانی باید از یک سو به مهار عوارض روانی سوء مصرف پردازد و عوارضی چون افسردگی و جنون را مدنظر قرار دهد. از سوی دیگر جلوگیری از مصرف و عود بعد از قطع مصرف را سرلوحه مداخلات خود قرار دهد. درمان بیماران مبتلا به مصرف مت‌آمفتامین نیازمند برنامه‌های سلسله مراتبی و مبتنی بر بهبود اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌باشند. درمان بیماران مصرف کننده مت‌آمفتامین بسیار دشوار و دارای فرایندهای پیچیده‌ای است (دژمان، رفیعی، خزاعی و بهمنی، ۱۳۹۲). بیشتر الگوهای سنتی، درمانی رایج برای درمان وابستگی به الکل است و در درمان سایر مواد محرک کارآیی چندانی ندارند. این موضوع سبب طراحی درمان ماتریکس شد (موسسه ماتریکس آمریکا، ۱۳۹۱). برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک شده مداخله‌ای فشرده و ساختاری است که برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌شود. شروع این برنامه در اصل به سال‌های دهه ۸۰ میلادی باز می‌گردد که درمان‌گران در جستجوی راه‌های درمانی موثر برای وابستگی به کوکائین بودند. بعد از حدود ۱۵ سال با الهام از روش‌های مختلف شناختی-رفتاری، آموزشی روانی و مداخله در خانواده‌ها، نسل جدید پروتکل‌ها تهیه شد. از سال ۱۹۹۸ ارزیابی این پروتکل‌ها آغاز شده و سرانجام از سال ۲۰۰۰ در اختیار درمان‌گران قرار گرفت (مکری، ۱۳۹۲). این درمان توسط اعضای هیات علمی "مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران" وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مطابق با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی کشورمان ارائه شده است (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). درمان سوء مصرف مواد محرک با مدل ماتریکس مورد کارآزمایی‌های مختلفی قرار گرفته که بزرگ‌ترین آن‌ها بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰ جهت مقایسه مدل ماتریکس و گروه درمانی معمول انجام شده است. مطالعه مذکور نشان داده که بیماران شرکت کننده در درمان ماتریکس زمان طولانی‌تری در درمان مانده و مدت بیشتر پرهیز خود را حفظ کرده‌اند. این مطالعه در واقع نشانگر کارآیی خوب مدل ماتریکس به عنوان یک مداخله روانی-اجتماعی سرپایی فشرده در درمان سوء مصرف و وابستگی به محرک‌ها بود (مکری، ۱۳۹۲). پژوهش‌های بسیاری از اثر بخشی این شیوه درمان بر افراد وابسته به مواد حمایت می‌کند. از جمله فتاحی

و میرهاشمی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند درمان ماتریس در افزایش خودکنترلی و در نتیجه کاهش مصرف مجدد مواد سودمند است. احتشامی پویا، ممتازی، مگری، اسکندری و داداشی (۱۳۹۷)، نشان دادند که درمان ماتریکس می تواند شاخص های شدت اعتیاد را کاهش دهد. حدادی و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه ای به بررسی مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت آمفتامین پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد، که درمان ماتریکس در سلامت روان مردان و زنان تاثیر متفاوتی دارد. همچنین پژوهش جعفری، بساک نژاد، مهربانی زاده هنرمند و زرگر (۱۳۹۴) به تعیین اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین بود. نتایج حاکی از اثربخشی هر دو الگو بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و افزایش تداوم تغییر بود. اما الگوی ماتریکس بر خود تنظیمی و الگوی مراحل تغییر بر تداوم تغییر اثربشتری نشان داد.

از دیگر درمان های موثر در درمان افراد وابسته به مواد، واقعیت درمانی گروهی می باشد. رویکرد واقعیت درمانی که بر نظریه انتخاب<sup>۱</sup> استوار است و بنیانگذار آن گلاسر<sup>۲</sup> می باشد، بر تأمین نیازها در عین حفظ ارضای حقوق دیگران، انتخاب و کنترل در رفتار، پذیرش مسئولیت رفتار شخصی، واقعیت، توسل به عقل سلیم، قضاوت ارزشی در مورد مسئولانه بودن رفتار تأکید دارد. ویلیام گلاسر یکی از مشهورترین درمان گران در درمان انواع اعتیاد می باشد. او در روش واقعیت درمانی<sup>۳</sup> بر مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره کارآمد یا ناکارآمد بودن رفتار تأکید می کند (موترن و موترن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه انتخاب هر موجود آدمی از پنج نیاز اساسی برخوردار است که عبارتند از: تعلق خاطر و رغبت اجتماعی<sup>۵</sup>، آزادی<sup>۶</sup>، پیشرفت و قدرت<sup>۷</sup>، تفریح<sup>۸</sup> و بقا<sup>۹</sup>. بر اساس این نظریه هر فرد، زمانی می تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و

1. Choice Theory  
2. Glasser  
3. Reality Therapy  
4. Mottern  
5. love & belonging

6. freedom  
7. power  
8. fun  
9. survival

در نهایت احساس شادکامی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد. این نظریه استفاده وسیعی برای درمان هر نوع اختلال معتاد کننده دارد. بسیاری پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این شیوه درمان بر افراد وابسته به مواد می‌باشد. از جمله جلالی و قادری (۱۳۹۵)، نشان دادند واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مناسب در درمان علائم خلقی معتادان مورد استفاده قرار گیرد. مطالعه ماسا<sup>۱</sup>، فرمانی و کرمی (۲۰۱۵)، هم حاکی از تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی گروهی بر استرس، افسردگی و اضطراب سوءمصرف‌کنندگان مواد بود که در دوره بازتوانی قرار داشتند.

در رویکردهای جدید پیشگیری از اعتیاد، شناسایی و بهبود عوامل محافظت‌کننده از جمله تاب‌آوری<sup>۲</sup> و نیز شناسایی و کاهش عوامل خطر ساز اهمیت یافته است. تاب‌آوری افراد باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان داد که برخی از افراد تاب‌آور، پس از رؤیاریی با موقعیت‌های دشوار زندگی دوباره به سطح معمولی عملکرد خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی از افراد پس از رویاریی با ناکامیها و مصیبت‌ها، نسبت به گذشته ارتقا می‌یابد. با افزایش تاب‌آوری در برابر سوءمصرف مواد، می‌توان از گرایش به اعتیاد به طور مؤثر پیشگیری کرد و از هزینه‌ها و بار این آسیب کاست و زمینه ایجاد محیطی سالم را فراهم نمود که در سایه آن، توسعه پایدار صورت گیرد. بر این اساس هرچه شناخت افراد از فرآیند تاب‌آوری بیشتر شود، برنامه‌ها به صورت پیشگیرانه، هدفمند و مؤثرتر می‌توانند سبب افزایش سطح کیفی زندگی و امید به بهبودی در افراد شوند (دهقانی و خدابخشی کولایی، ۱۳۹۶). به عنوان مثال نصیری (۱۳۹۴) نشان داد گروه درمانی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی از جمله تاب‌آوری در مردان سوءمصرف‌کننده مت‌آفتامین مؤثر بوده است.

یکی از عوارض محسوس اعتیاد اختلال در روابط اجتماعی یا همان سازگاری اجتماعی<sup>۳</sup> است. سازگاری اجتماعی به مثابه مهم‌ترین نشانه سلامت روان، از مباحثی است

که در دهه‌های اخیر، توجه بسیاری را جلب کرده است. شاید بتوان گفت که رشد اجتماعی، مهمترین نشانه سلامت است. وجود مشکلات پایدار در ارضای نیازها و ارتباطات اجتماعی آشفته، می‌تواند منجر به ناسازگاری اجتماعی شود. متأسفانه فقدان ارتباطات اجتماعی مؤثر می‌تواند منجر به هیجانات منفی، اضطراب، افسردگی، تنهایی، احساس انزوا و خودپنداره ضعیف شود. علاوه بر این می‌توان گفت که ضعف در فرآیندهای پردازش اطلاعات، استدلال اجتماعی و حل مسئله اجتماعی، سازگاری عاطفی، موجب اختلال در سازش یافتگی فردی و اجتماعی افراد می‌شود (اسپرینگر و رابین، ۲۰۱۵؛ مترجم، حبیبی، ۱۳۹۳). بررسی‌ها نشان داده درمان‌های گروهی به لحاظ کاهش فشار روانی آسیب‌وارده و احساس تعلقی که در فرد ایجاد می‌کنند باعث طولانی‌تر و پایدارتر شدن درمان شده‌اند. چنانچه این درمان‌ها تداوم داشته باشند با فراهم آوردن محیط مناسب خانوادگی و اجتماعی اثرات آن‌ها به مراتب محسوس‌تر و عمیق‌تر خواهند بود. با توجه به پیلدهای مخرب اجتماعی، روحی و جسمانی در بین مصرف‌کنندگان مت‌آفتمین‌ها و با توجه به این که مطابق با آمارهای اعلام شده مصرف این گونه مواد در ایران به دلیل موقیت جغرافیایی و به طور خاص در شهر تهران بسیار رواج پیدا کرده و همچنین اهمیت درمان و تبدیل مصرف‌کنندگان به یک فرد عادی، پژوهش‌های دقیق با ارزیابی مطالعاتی ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت‌آفتمین تحت درمان با داروی بوپرنورفین است.

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مردان وابسته به مت‌آفتمین، تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین مراجعه‌کننده خود معرف به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در

زمستان ۱۳۹۷ بود. با توجه به این که در پژوهش‌هایی از این دست انتخاب گروه گواه خالص که هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند یا امکان‌پذیر نیست یا در صورت امکان انجام این که بیمار وابسته به مت‌آمفتامین که به مراکز درمانی مراجعه کرده بدون دریافت هیچ درمانی در گروه گواه قرار گیرد غیر اخلاقی است، در این پژوهش جامعه آماری بیماران تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین انتخاب شدند. جهت نمونه‌گیری از بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین آن مرکز ۴۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروه‌های آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. به طور خلاصه می‌توان فرایند اجرای پژوهش را در چهار مرحله خلاصه کرد. نخست، ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار داده شدند. گروه اول، درمان ماتریکس و گروه دوم، واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب دریافت کردند و گروه سوم، بدون مداخله آزمایشی مورد مقایسه قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۴۵ سال بود و ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به مت‌آمفتامین حداقل شش ماه قبل از ورود به پژوهش، نداشتن اختلالات روانی همبود یا بیماری جسمی و روانی جدی (مطابق با تایید پزشک و روان‌پزشک مرکز ترک اعتیاد)، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی و دارودرمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش، بعد از هماهنگی با مرکز ترک اعتیاد و انتخاب افراد، به جهت رعایت نکات اخلاقی رضایت آگاهانه از آن‌ها کسب و درباره محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت در بیش از سه جلسه از جلسات مشاوره درمانی بود.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسش‌نامه ۲۵ گویه دارد و کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) آن را جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. نمره‌گذاری در دامنه‌ی صفر = کاملاً نادرست تا چهار = همیشه درست انجام می‌شود. بیشترین نمره ۱۰۰ و کمترین نمره

صفر است. تهیه کنندگان معتقدند این پرسش نامه بخوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی و قابل استفاده در موقعیت های پژوهشی و بالینی است. در ایران محمدی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش نمود. روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره ی کل در دامنه ی ۰/۶۴-۰/۴۱ گزارش نمود. در پژوهش نورماه (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۸ گزارش شد و ضریب اعتبار هدفمندی و کنترل خود و توانایی حل مسأله هر کدام با ۸ سوال بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۱ گزارش شدند.

۲- پرسش نامه سازگاری اجتماعی بل: این مقیاس توسط بل (۱۹۶۱) ساخته شد که سازگاری را در پنج خرده مقیاس خانوادگی، سلامتی (بدنی)، هیجانی (عاطفی)، شغلی و اجتماعی ارزیابی می کند. نمره بالا به معنای سازگاری بیشتر است. ضرایب اعتبار این مقیاس برای خرده مقیاس های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و کل به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵، و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه های بهنجار از نورو تیک دارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

## روند اجرا

بعد از انتخاب شرکت کنندگان و گروه بندی آنها برای گروه اول علاوه بر درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین، درمان ماتریکس بر اساس راهنمایی مداخله الگوی سرپایی عمقی مؤسسه ماتریکس (۲۰۰۶؛ ترجمه براتی سده و هاشمی میناباد، ۱۳۹۱)، بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان سرپایی چند جانبه اختلال های مصرف مواد محرک استفاده شد. این برنامه در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی به شرح جدول ۱ اجرا شد.



## جدول ۱: محتوای درمان ماتریکس به تفکیک جلسات

| جلسه‌ها | اهداف جلسات   | محتوی جلسات و تکالیف   |
|---------|---|--|
| ۱       | غربال‌گری و ارزیابی انفرادی اولیه<br>افراد و ایجاد فضای امن و آرام          | ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف، توصیف مهارت‌های بهبودی اولیه و توقف چرخه باطل مصرف مواد.   |
| ۲       | آموزش فنون شناسایی وسوسه‌کننده-<br>های بیرونی و آغازگر                      | ارائه تکالیف تحلیل رفتار بر اساس شناخت وسوسه‌کننده‌های بیرونی و آغازگر مصرف. تمرکز بر آنچه در ۳ یا ۴ روز اخیر در زمینه مواد مخدر گذشته می‌اشد.   |
| ۳       | آموزش فنون شناسایی وسوسه‌کننده-<br>های درونی و عوامل هیجانی                 | شناسایی وسوسه‌کننده‌های درونی آغازگر مصرف و عوامل هیجانی یا بی‌نظمی‌های هیجانی به عنوان راه‌انداز وسوسه مصرف. درک تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا و بررسی مثلث شوم فکر، مصرف- وسوسه- رفتار مصرف، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف. |
| ۴       | شناخت شیمی بدن در دوره بهبود  | بحث درباره الگوی شناخت شیمی بدن در دوره بهبودی و مشکلات شایع درمان برای ارزیابی دقیق تغییرهای درونی و تفکیک آن‌ها از عوامل هیجانی جهت کنترل عادت‌ها.   |
| ۵       | شناخت اجزای روان  | تبیین اجزای روان شامل فکر، احساس و رفتار، بحث درباره چگونگی تأثیر آن‌ها بر آغاز مصرف مواد در گذشته و آینده.  |
| ۶       | شناخت عواملی که سبب تحریک<br>میل به مصرف می‌شود.                            | اشاره به عواملی همچون بی‌حوصلگی، خستگی و دلنگی که در زمان حال یا آینده ممکن است موجب تحریک میل به مصرف شوند. ارائه راهکارهای تغییر رفتار و گسترش سبک زندگی برای جلوگیری از این بی‌نظمی‌های هیجانی و حالتی.   |
| ۷       | اهمیت اشتغال و بهبودی   | بحث در مورد اهمیت اشتغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می‌کند. مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغییرات به وجود آمده وارد فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی شوند. آشنایی خانواده‌های افراد وابسته با اهمیت اشتغال و سرگرمی فرد معتاد.                                |
| ۸       | شناخت فنون پیشگیری از لغزش  | به عنوان حد وسط درمان که احتمال می‌رود مراجعان معتاد دچار لغزش یا وسوسه شوند، در مورد صداقت و رو راستی به هنگام لغزش صحبت شد تا بتوانند با آگاهی از این وسوسه‌ها از لغزش پیشگیری کنند. همچنین اعتماد و اتکا خود را به درمان و درمانگر افزایش دهند.   |
| ۹       | پایداری و تحکیم پاکی  | هدف در راستای پیشگیری از لغزش، تأکید بر پاکی و پرهیز کامل یا همیشگی بود؛ تا به پایداری و تحکیم پاکی به وجود آمده نائل شوند.  |
| ۱۰      | تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و<br>ناکارآمد، شناسایی علل بازگشت به<br>مصرف | در این جلسه فنون درمان تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در مورد مصرف مواد ارائه و آموزش داده شد. علاوه بر این در مورد توجیه بازگشت و شناسایی علل بازگشت به مصرف، آموزش پیشگیری از بازگشت از طریق پیشینی فکر، وسوسه و میل صحبت شد.   |

**جدول ۱: محتوای درمان ماتریکس به تفکیک جلسات**

| جلسه‌ها | اهداف جلسات  | محتوی جلسات و تکالیف   |
|---------|--|--|
| ۱۱      | کمک طلبی به هنگام لغزش (مهمترین جلسه حمایتی خانواده) | آمادگی قبلی و تأثیر آن‌ها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک‌گیری از دیگران به ویژه خانواده به هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده شد. |
| ۱۲      | شرکت در جلسات خودیار                                 | نحوه آشنایی با گروه‌های خودیار آموزش داده شد و شرکت در آن‌ها توصیه شد.   |
| ۱۳      | ارائه برنامه‌های مقابله چند منظوره                   | در این جلسه راهکارها جمع‌بندی و برنامه مقابله چند منظوره شامل پیش-بینی موقعیت‌های خطرآفرین و تدوین راهکار مناسب درون محور و اجتماع محور ارائه شد.                |
| ۱۴      | جمع‌بندی و نتیجه‌گیری                                | در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغییرات درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع‌بندی و اختتام درمان اعلام شد. ارزیابی پس از درمان انجام شد.  |

گروه دوم علاوه بر درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین تحت درمان به شیوه واقعیت درمانی گروهی قرار گرفت. جلسات واقعیت درمانی در ۸ جلسه و به شرح جدول ۲ اجرا شد. این مداخله برگرفته از کتاب گلاسر به نقل از وولبدینگ<sup>(۲۰۱۷)</sup> می‌باشد.

**جدول ۲: محتوای جلسات واقعیت‌درمانی به تفکیک جلسات**

| جلسه | اهداف جلسات   | محتوی جلسات و تکالیف   |
|------|---|--|
| ۱    | برقراری ارتباط درمانی   | معرفی اعضاء و تعداد جلسات، تعهد کتبی جهت رازداری و ایجاد فضای امن و قابل اعتماد، هریک از اعضا هدف خود را از شرکت در جلسات ارائه نمودند، ابراز خوشحالی توسط درمان‌گر به هدف برقراری ارتباط.   |
| ۲    | معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما: ما چرا رفتار می‌کنیم؟ ما چگونه رفتار می‌کنیم؟ شناخت نیازهای خود و چگونگی برآورده کردن آن‌ها. | توضیح این که هر چه از ما سر می‌زند یک رفتار است. همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است. هدف تمام رفتارهای ما ارضا یکی از نیازهای اساسی است. معرفی پنج نیاز اساسی و کمک به او برای شناخت نیمرخ نیازهای خود. از بیماران خواسته شد فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به ارضای نیازهای اصلی آن‌ها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک می‌کند. |
| ۳    | ارزیابی ادراک و برداشت از بیماری. تصویرهای اختصاصی دنیای مطلوب آن‌ها کدامند و می‌توانند آن‌ها را تغییر دهند.                            | پرداختن به تکلیف جلسه قبل؛ ارزیابی ادراک و برداشت بیماران از بیماری‌شان و عوارض و پیامدهای آن قبل از شروع بحث، معرفی ناباروری به زبان ساده، این که اعتیاد چیست؟ ارزیابی  |

**جدول ۲: محتوای جلسات واقعیت‌درمانی به تفکیک جلسات**

| جلسه | اهداف جلسات   | محتوی جلسات و تکالیف   |
|------|---|--|
|      |   | و ادراک و برداشت بیماران از اعتیادشان و عوارض و پیامدها در انتهای جلسه.  |
| ۴    | همه رفتارها یک رفتار کلی است<br>انتخاب کنونی شما چیست؟  | بررسی جلسات قبل و پاسخ‌دهی به سؤالات و اشکالات؛ طرح سؤال باز برای وصل فعالیت معنادار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موفقیت در یکی از بخش‌های زندگی. به عنوان تکلیف گفته شد یک رفتار اصلی را که بر اساس آن می‌خواهید در زندگی تغییر ایجاد کنید و مولفه‌های آن را مشخص کنید. |
| ۵    | پر کردن گپ و شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی). خلاقیت آن‌ها چه راههایی را پیش روی‌شان گذاشته است    | بررسی تکالیف؛ تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق دستیابی به اهداف مشخص بدون ناکام کردن دیگران؛ مشخص نمودن اهداف؛ به عنوان تکلیف گفته شد اهداف خود را تعیین کنند و هدفی را که قبل از همه می‌خواهند به آن برسند را مشخص نمایند.   |
| ۶    | چگونه تغییر ادراک‌های‌شان به آن‌ها کمک می‌کند تا به انتخاب‌های بهتری دست بزنند. تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی. | معرفی هفت رفتار تخریب‌گر روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و...). تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی، معرفی هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق و...) و تکلیف خانه برای انجام آن در طی هفته آینده.   |
| ۷    | روان‌شناسی کنترل درونی و بیرونی چیست؟ چگونه با به کارگیری نظریه انتخاب می‌توان کیفیت ارتباط را ارتقا بخشند.                         | بررسی تکالیف؛ بیان این سؤال که به نظر اعضا رفتارشان تحت کنترل بیرونی یا درونی است؟ توضیحات پیرامون چگونگی کنترل رفتار با آموزش اصول ده‌گانه تئوری انتخاب، به عنوان تکلیف گفته شد فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی است و راهکارهایی جهت کنترل رفتارها ارائه نمایند.        |
| ۸    | تهیه یک طرح عملی و انتخاب یک اقدام و تعهد بر آن.  | کمک به فرد در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از به کارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی و تدوین یک طرح عملی برای تغییر بهینه عمل و فکر مرتبط با بیماری و انجام کارهای موثر و بحث پیرامون اهداف و میزان دستیابی افراد به آن‌ها. مروری کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی. |

و گروه سوم هیچ مداخله‌ای به غیر از درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین دریافت نکرد. پس‌آزمون به کمک پرسش‌نامه‌های پژوهش روی سه گروه انجام شد. در نهایت در پایان پژوهش و پس از جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون برای رعایت موازین اخلاقی روی گروه گواه نیز ۸ جلسه تحت واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب قرار گرفتند.

## یافته‌ها

به لحاظ تحصیلات ۱۵ نفر دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی و ۳۰ نفر فاقد مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان ۳۰/۲۲ (۴/۱۱) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها  | نوع آزمون | درمان ماتریکس |                      | واقعیت‌درمانی |                      | گواه |
|----------|-----------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|------|
|          |           | میانگین       | انحراف-<br>استاندارد | میانگین       | انحراف-<br>استاندارد |      |
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون | ۳۸/۹۳         | ۳/۷۸                 | ۳۷/۵۳         | ۴/۰۶                 | ۴/۵۳ |
|          | پس‌آزمون  | ۴۵/۰۰         | ۳/۳۸                 | ۴۱/۳۳         | ۴/۹۸                 | ۴/۰۷ |
| سازگاری  | پیش‌آزمون | ۳۱/۰۶         | ۵/۱۸                 | ۳۱/۰۰         | ۵/۱۵                 | ۵/۰۶ |
|          | پس‌آزمون  | ۳۸/۲۶         | ۴/۶۲                 | ۳۵/۲۰         | ۴/۹۵                 | ۴/۹۴ |

یکی از مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک نرمال بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد در گروه ماتریکس در متغیر تاب‌آوری ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/98$ )، و متغیر سازگاری اجتماعی ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/94$ )، این مفروضه برقرار است. همچنین در گروه واقعیت‌درمانی در متغیر تاب‌آوری ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/95$ )، و متغیر سازگاری اجتماعی ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/92$ )، و در گروه گواه در متغیر تاب‌آوری ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/95$ )، و متغیر سازگاری اجتماعی ( $P > 0/05$ ,  $Z = 0/91$ )، این مفروضه برقرار است. همچنین برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در تاب‌آوری ( $P > 0/05$ ,  $F = 0/82$ )، و در سازگاری اجتماعی ( $P > 0/05$ ,  $F = 2/81$ )، این مفروضه برقرار است. برای مقایسه اثربخشی مداخلات بر تاب‌آوری می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. نتایج تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی مداخلات بر تاب‌آوری

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری |
|---------------|------------|-----------------|---------|----------|
| ۲۸۷/۴۵        | ۲          | ۱۴۳/۷۲          | ۱۹/۴۲   | ۰/۰۰۰۵   |

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت معنادار بین گروه‌ها در میزان تفاوت‌ها وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد گروه درمان ماتریکس در قیاس با

گروه گواه موثرتر بوده است ( $P < 0/001$ ). همچنین گروه واقعیت درمانی در قیاس با گروه گواه موثرتر بوده است ( $P < 0/001$ ). همچنین گروه درمان ماتریکس در قیاس با واقعیت درمانی موثرتر بوده است ( $P < 0/001$ ).

همچنین برای مقایسه‌ی اثربخشی مداخلات در مولفه‌های سازگاری اجتماعی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. نتایج آزمون حکایت از تفاوت معنادار گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 2/70$ ,  $P < 0/001$ , اندازه‌اثر =  $0/22$ )،  $F = 0/59$  (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های سازگاری اجتماعی

| متغیرها                      | مجموع مجذورات درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|---------|----------|
| هدفمندی                      | ۱۷/۰۱                    | ۸/۵۰            | ۸/۴۸    | ۰/۰۰۱    |
| کنترل خود و توانایی حل مسئله | ۱۷/۲۱                    | ۸/۶۴            | ۸/۵۳    | ۰/۰۰۱    |
| سرسختی                       | ۴/۱۷                     | ۲/۰۸            | ۱/۲۴    | ۰/۶۴     |
| اعتقاد                       | ۳/۰۸                     | ۱/۵۶            | ۸/۴۳    | ۰/۰۰۱    |
| خوش‌بینی                     | ۰/۱۰                     | ۰/۰۵            | ۰/۵۳    | ۰/۸۹     |

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌ها در مولفه‌های هدفمندی، کنترل خود و توانایی حل مسئله، و اعتقاد وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت در گروه‌ها از آزمون تعقیبی استفاده شد. نتایج نشان داد در هر سه متغیر فوق‌الذکر هر دو مداخله در قیاس با گروه گواه موثرتر بودند. همچنین تفاوت معناداری بین دو مداخله مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخش بودن درمان ماتریکس بر افزایش تاب‌آوری در بیماران بود که همسو با یافته‌های پیشین (اکسلرود، پرپلتچیکوا، هولتزمان و سینها، ۲۰۱۱، توکلی‌فرد، ستوده، منصور، آذر دوست، ۱۳۹۲، سرخیل و محمدی‌فر، ۱۳۹۵، سپهوندی،

صادقی، نورمحمدی (۱۳۹۵) بود. طبق نظر افرادی مانند وینا<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) مهارت‌های تاب‌آوری آموختنی هستند و درمان‌های روان‌شناختی از جمله ماتریکس از طریق کاهش هیجانات منفی و ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی‌های منش موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری می‌شود. از آنجایی که برنامه ماتریکس از نظر محتوی، ساختار و فرایند مشابه درمان شناختی رفتاری است؛ لذا در بررسی سوابق از این روش نیز استفاده شده است. در روش ماتریکس از فنون انگیزشی استفاده می‌شود و فنون انگیزشی تأثیر زیادی در برانگیختن تاب‌آوری افراد دارد. تاب‌آوری از طریق شناخت مشکلات و استرسورها، بارش فکری خلاقانه، تصمیم‌گیری‌های مشترک، مذاکره، مصالحه و روابط متقابل، مدیریت و حل تعارض، تمرکز روی اهداف قابل دسترس، درس گرفتن از شکست، پیشگیری از مشکلات و دفع بحران‌ها را افزایش می‌دهد (والش، ۱۳۹۱). افراد خودتاب‌آور، دارای رفتارهای خودشکانه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تغییر شرایط استرس‌زا را دارند (لوبینسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). درمان‌های گروهی شناختی- رفتاری که درمان ماتریکس نیز از آن دسته می‌باشد، به بیماران کمک می‌کند تا با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند؛ از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزه‌های قوی و تاب‌آوری بالاتری برای ادامه ترک داشته باشند (نقل از محمدی و کارگر شاکر، ۱۳۹۷). با در نظر گرفتن این نکته که مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین نارسا کنشوری در کارکردهای اجرایی را نشان می‌دهند، لزوم استفاده از رویکردهای درمانی مبتنی بر تغییر فرآیندهای ذهنی به جای اصلاح باورهای ناکارآمد الزامی است. یافته‌ها نشان می‌دهند درمان ساختارمند ماتریکس در این زمینه کارساز است.

نتایج نشان داد درمان ماتریکس بر افزایش سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مت‌آمفتامین اثربخش است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی (درتاج، شکیبا و شکیبا، ۲۰۱۳؛ اسکات و همکاران، ۲۰۱۲) است. با توجه به وابستگی شدید جسمی و روانی که وابستگی به مت‌آمفتامین ایجاد می‌کند؛ افراد وابسته از مشکلات عدیده‌ای در زمینه رفتاری، خانوادگی و روابط فردی و اجتماعی رنج می‌برند. بنابراین مداخلات

1. Weena

2. Lubinski

روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی ضرورت پیدا می‌کند. فرد معتاد دارای زندگی اجتماعی بوده که وابستگی به مصرف مواد، این بعد از زندگی او و روابط فردی و اجتماعی‌اش را مختل کرده است. بنابراین درمانی اثربخش است که علاوه بر توجه به رفع وابستگی‌های فیزیکی فرد، جنبه‌های روحی، روانی و اجتماعی افراد وابسته به سوء مصرف را در بر گیرد. درمان ماتریکس چنین ویژه‌گی‌هایی دارد. کارکرد اجتماعی و شناختی افراد وابسته به مت‌آفتماین تحت تاثیر مصرف قرار گرفته و انزوای اجتماعی و افسردگی با مصرف مزمن ارتباط نزدیکی دارد (اصغری و سعادت، ۱۳۹۳). با توجه به این که درمان بیماران مبتلا به مصرف مت‌آفتماین نیازمند به برنامه‌های سلسله مراتبی و مبتنی بر بهبود اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌باشند، درمان بیماران مصرف‌کننده‌ی مت‌آفتماین بسیار دشوار و دارای فرایند پیچیده‌ای است (دژمان و همکاران، ۱۳۹۲). آنان در طی درمان دارای مشکلاتی همچون: پیگیری ضعیف درمان توسط بیماران، میزان بالای انصراف از درمان، پارانوئای شدید، بی‌قراری مداوم و شدت ولع می‌باشند (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲). درمان ساختار یافته‌ای مانند ماتریکس دارای عناصری است که از بازگشت به مصرف، تغییرات رفتاری، نقص در ارتباط خانوادگی، و محیط‌های سالم جلوگیری می‌کند (مکری، ۱۳۹۲).

دیگر یافته این پژوهش حاکی از اثربخشی بودن واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری بیماران بود. پژوهش‌های بسیاری این یافته را نشان داده‌اند (مانند: جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۶؛ شاملی و حسنی، ۱۳۹۶؛ و نجفی، نادری، صاحبی، ۱۳۹۴). گلاسر معتقد بود اعتیاد یک بیماری روانی نیست، بلکه راهی برای کسب لذت یا رهایی از درد و موردی از مسئولیت‌گریزی عمیق است (گلاسر، ۲۰۱۰). کمک به افراد معتاد بر اساس تئوری انتخاب، بر این محور استوار است که مراجعان نیازهای عمده‌ی بقا، عشق، قدرت، آزادی و تفریح و نحوه ارضاء این نیازها از طریق انتخاب‌های مؤثر بیاموزند (تراهان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). واقعیت درمانی براساس یادگیری بنا شده و تئوری انتخاب گلاسر به ما می‌آموزد که تنها کسی که می‌تواند رفتارمان را کنترل کند، خود ما هستیم.

تنها روشی که به وسیله آن می‌توانیم وقایع محیطی را تحت کنترل درآوریم، انتخاب رفتار و اعمال خود ما می‌باشد. یک اصل مهم در تئوری انتخاب این است که ممکن است گذشته در مشکل کنونی ما نقش داشته باشد، ولی گذشته هیچ‌گاه مشکل اصلی ما نیست. صرف‌نظر از آن‌چه در گذشته اتفاق افتاده، آن‌چه که اکنون به آن نیاز داریم، عملکرد مؤثر و برنامه‌ریزی در زمان حال می‌باشد. وظیفه ما انجام آن چیزی است که برای بهبود روابط بین فردی کنونی، مورد نیاز است (کوری، ۲۰۰۰). این روش درمانی با کمک به افراد وابسته به مواد در پذیرش کنترل درونی به ارتقا سطح تاب‌آوری در آن‌ها کمک می‌کند.

همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت‌آفتمین بود که با یافته‌های اهانی (۱۳۹۴)، بابایی و رضاخانی (۱۳۹۶)، همسو می‌باشد. با توجه به این‌که واقعیت درمانی ترکیبی از عقاید وجودی و فنون رفتاری است که در آن مسئولیت‌پذیری و احساس کنترل بسیار تاکید می‌شود؛ می‌توان گفت تلاش این رویکرد در مورد افراد گروه نمونه برای درک دلایل و انگیزه‌های رفتارها و ارزیابی آن‌ها موجب شده تا افراد وابسته به مت‌آفتمین به این باور برسند که آن‌ها خود مسئول رفتارهای‌شان هستند. احتمالاً آموزش واقعیت درمانی توانسته با تاکید بر توانمندی‌های افراد، در داشتن هدف، خود مختاری، رفتار مسئولانه، انتخاب‌گری و یادگیری انتخاب بهتر در جهت باور به انتخاب‌های بهتر و حس ارزشمندی، به افراد کمک کند. به نظر می‌رسد افراد با انجام رفتارهای جدید و داشتن احساس توانمندی و ارزشمندی در جهت سازگاری اجتماعی بیشتر حرکت کرده‌اند.

یافته‌ها نشان داد در افزایش تاب‌آوری درمان ماتریکس در مقایسه با واقعیت درمانی موثرتر بوده است. در درمان ماتریکس از رویکردها، نظریه‌ها و فنون گوناگون انگیزشی، انسان‌گرایانه و حمایتی استفاده می‌شود. خانواده بیمار نیز در این درمان درگیر می‌شوند. گستردگی و جامع بودن فنون مورد استفاده در الگوی ماتریکس که تلفیقی از برنامه‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش خانواده و گروه‌های همیار می‌باشد، دلیلی بر اثربخشی بیشتر این درمان می‌باشد.



پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌هاست که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. شرکت کنندگان پژوهش حاضر افراد وابسته به مت‌آمفتامین بدون همبودی با سایر اختلالات بودند. بنابراین، برای تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر این مطلب قابل توجه می‌باشد. با توجه به افزایش روزافزون آمار زنان معتاد در جامعه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی بر روی افراد با در نظر گرفتن نقش جنسیت تکرار شود. با توجه به اثربخشی بیشتر درمان ماتریکس پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت جامع و گسترده در مراکز درمانی به کار برده شود.

## منابع

احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مکرری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا؛ داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین در شهر زنجان. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۶، (۱۱۷)، ۲۱-۳۱.

اسپرینگر، دیوید؛ رابین، آلن (۲۰۱۵). *درمان سوء مصرف مواد برای نوجوانان و بزرگسالان*. ترجمه زهرا حبیبی (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.

اصغری، فرهاد؛ سعادت، سجاد (۱۳۹۳). بررسی سلامت روانی معتادان به شیشه مراجعه کننده به مراکز درمانی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۳)، ۱۲۰-۱۰۹.

امانی، احمد (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر عزت نفس و تعهد زناشویی زوجین. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۵)، ۲۳-۱.

بابائی، سمیه؛ رضاخانی، سیمین دخت (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش انگیزش تحصیلی و سازگاری اجتماعی دختران. *تحقیقات مدیریت آموزشی*، ۸(۳۱)، ۱۲۸-۱۱۷.

توکلی فرد، مهنوش؛ ستوده، امید؛ منصوری، سعیده سادات؛ و آذر دوست، بهتاج (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و درمان به روش ماتریکس در تغییر راهبردهای مقابل‌های و پیشگیری از عود در سوء مصرف کنندگان مواد محرک. *هفتمین کنگره ملی دانش اعتیاد*. ایران. تهران.

جاماسیان مبارکه، آزیتا؛ دو کانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹)، ۲۶۲-۲۳۷.

جعفری، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدالله؛ (۱۳۹۴). اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آفتامین، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۷(۷۴)، ۷-۲۴.

جلالی، امیر؛ قادری، داود (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و دارو درمانی بر بهبود علائم خلقی معتادان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۸)، ۱۵۰-۱۳۷.

حدادی، روح‌الله؛ مطلق، نفیسه؛ کمالی، زینب؛ محمدی، شهناز؛ کشاورز، قاسم؛ بخت، سپیده (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت‌آفتامین. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۸(۳۱)، ۶۹-۵۷.

دژمان، معصومه؛ رفیعی، حسن؛ خزایی، عباس؛ بهمنی، بهمن (۱۳۹۲). تجارب مردان معتاد به شیشه از مسیر درمان و بهبودی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۰(۳)، ۲۸۰-۲۷۰.

دهقانی، زینب؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۶). اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۴(۱)، ۳۴-۲۸.

سپهوندی، محمدعلی؛ صادقی، مسعود؛ نورمحمدی، اعظم (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس اجتماعی در معتادان مرد شهر خرم‌آباد. نخستین همایش جامع بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، تهران، مرکز همایش‌های کوشا گستر با همکاری دانشگاه‌های کشور.

سرخیل، حسین؛ محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۵). پیش‌بینی تاب‌آوری افراد سوء مصرف کننده مواد بر اساس سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی. پژوهش اجتماعی، ۸(۳۲)، ۱۱۰-۸۵.

شاملی، رامونا؛ حسنی، فریبا (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴۳)، ۸۷-۷۷.

فتاحی شنگل‌باد، محمدرضا؛ میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. فصلنامه علوم پزشکی، ۲۸(۱)، ۵۷-۵۰.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: انتشارات بعثت.

محمدی، اکبر؛ کارگرشاکر، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت‌آمفتامین. *فصل‌نامه طب انتظامی*، ۷(۲)، ۸۰-۷۵

۱. محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.  
مکری، آذرخش (۱۳۹۲). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. چاپ اول تهران: انتشارات سپید برگ.  
موسسه ماتریکس آمریکا (۱۳۹۱). *درمان سریایی عمقی اختلال اعتیاد به مواد محرک و شیشه*. ترجمه فرید براتی سده و حسن داشمی میناباد تهران: سازمان بهزیستی کشور  
میکایلی منیع، فرزانه؛ مددی امام زاده، زهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی - اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم دانشگاه ارومیه. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی) دانشگاه تبریز*. ۳(۱۱)، ۹۹-۱۲۱

نجفی، سمیه؛ نادری، فرح؛ صاحبی، علی (۱۳۹۴). بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۳)، ۱۳۵-۱۴۴

نصیری، گیو (۱۳۹۴). *اثربخشی معنا درمانی گروهی بر افسردگی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، و عزت نفس در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سمنان

## References

- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42.
- Bagley, S. M. (2017). *Agreement between self-report and urine drug test results in a sample patients treated with buprenorphine for opioid use disorder* (Doctoral dissertation).
- Corey, G. (2011). *Theory and practice of group counseling*. Nelson Education.
- Dortaj, F., Shakiba, M., & Shakiba, J. (2013). The effect of cognitive-behavioral group therapy on social coping of crack abusers. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 15(2), 59-63.

- Ipsler, J. C., Uhlmann, A., Taylor, P., Harvey, B. H., Wilson, D., & Stein, D. J. (2018). Distinct intrinsic functional brain network abnormalities in methamphetamine-dependent patients with and without a history of psychosis. *Addiction Biology*, 23(1), 347-358.
- Lubinski, D. (2004). Introduction to the special section on cognitive abilities: 100 years after Spearman's (1904) "General intelligence, objectively determined and measured". *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(1), 96-111. DOI: 10.1037/0022-3514.86.1.96.
- Malcolm, R., Myrick, H., Li, X., Henderson, S., Brady, K. T., George, M. S., & See, R. E. (2016). Regional brain activity in abstinent methamphetamine dependent males following cue exposure. *Journal of Drug Abuse*, 2(1). DOI:10.21767/2471-853x.100016.
- Massah, O., Farmani, F., Karimi, R., Karami, H., Hoseini, F., & Farhoudian, A. (2015). Group reality therapy in addicts' rehabilitation process to reduce depression, anxiety and stress. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(1), 44-50.
- Passaro, R. C., Ramsey, K., Segura, E. R., Lake, J. E., Reback, C. J., Clark, J. L., & Shoptaw, S. (2019). Speed kills: Associations between methamphetamine use, HIV infection, tobacco use, and accelerated mortality among gay and bisexual men in Los Angeles, CA 20years after methamphetamine dependence treatment. *Drug and alcohol dependence*, 195, 164-169.
- Riesch, S. K., Henriques, J., & Chanchong, W. (2003). Effects of communication skills training on parents and young adolescents from extreme family types. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(4), 162-175.
- Salehi, M., Emadossadat, A., Kheirabadi, G. R., Maracy, M. R., & Sharbafchi, M. R. (2015). The effect of buprenorphine on methamphetamine cravings. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(6), 724-727.
- Trahan, M. H., Maynard, B. R., Smith, K. S., Farina, A. S., & Khoo, Y. M. (2019). Virtual reality exposure therapy on alcohol and nicotine: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 29(8), 876-891. DOI: 1049731518823073.
- Wubbolding, R. (2017). *Counselling with reality therapy*. Routledge.