

اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در مصرف کنندگان مواد محرک*

سکینه باسره^۱، سحر صفرزاده^۲، فرزانه هومن^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۳

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در مصرف کنندگان مواد محرک انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران وابسته به مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه خودشیفتگی مرضی، پرسشنامه ولع مصرف لحظه ای، پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد، مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس ذهن آگاهی را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه تکمیل کردند. درمان ساختارمند ماتریکس در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان ساختارمند ماتریکس موجب کاهش خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در گروه آزمایش شد. نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری دوماهه نیز پایدار بود. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان ساختارمند ماتریکس در کاهش خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی مؤثر است. **کلیدواژه ها:** درمان ساختارمند ماتریکس، خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی، ذهن آگاهی

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

Safarzadeh1152@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مقدمه

اعتیاد^۱ از جمله آسیب‌های مهم اجتماعی است که جامعه همواره با آن درگیر است (چن، لیو، لانگ و ژو^۲، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت برای فرد را در پی دارد (پرسکی، هرد، وست و بروان^۳، ۲۰۱۹) و با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار- پاداش، باعث افزایش جستجوی فرد جهت یافتن مواد و ایجاد وابستگی شدید نسبت به آن می‌شود (ساکسانا، گرلا و میسنا^۴، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی (روچکین، کوپرسو، اورلند، گلنبرگ و گریگورنکو^۵، ۲۰۲۰) و با ابعاد مختلف یکی از مشکلات عصر حاضر است (وجانوویک، اسمیت، گرین لانه و اشمیتز^۶، ۲۰۲۰). افراد وابسته به مواد از لحاظ جسمی و روانی وابستگی زیادی به مواد مصرفی خود پیدا می‌کنند و به تدریج میزان مصرف خود را افزایش می‌دهند (بلیوس، دوآن و بست^۷، ۲۰۱۹). با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد انجام می‌شود، آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان در حال ترک بسیار نگران‌کننده است (رضانی گهرویی، ۱۳۹۹).

یکی از متغیرهای که به نظر می‌رسد با وابستگی به مواد محرک در ارتباط باشد خودشیفتگی مرضی است. طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۸ (۲۰۱۷) اختلال شخصیت خودشیفته، به صورت یک الگوی فراگیر بزرگ منشی (در تخیل یا رفتار)، نیاز به تحسین و فقدان همدلی توصیف می‌شود. افراد خودشیفته دارای حس غیرمنطقی برتری خود هستند و این درگیری بیش از حد با خود، موجب فقدان حساسیت و همدلی نسبت به سایرین می‌شود (بارلو و دوراند^۹، ۲۰۱۱). روان‌شناسان اجتماعی شخصیت خودشیفته را به عنوان زنجیره‌ای متشکل از دو جنبه بزرگ منشی و آسیب‌پذیری می‌دانند. بزرگ منشی اغلب با استثمارگری، فقدان همدلی، حسادت زیاد، پرخاشگری و ابزار آسیب‌پذیری

۲۰۲

202

سال هفدهم، شماره ۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

1. addiction
2. Chen, Liu, Long, & Zhou
3. Perski, Herd., West & Brown
4. Saxena, Grella & Messina
5. Ruchkin, Kaposov, Orelan, Klintenberg, & Grigorenko

6. Vujanovic, Smith, Green, Lane & Schmitz
7. Bliuc, Doan & Bset
8. American Psychiatric Association (APA)
9. Barlow & Durand

خودشیفته همراه بوده و تجارب آگاهانه از درماندگی، پوچی، عزت نفس پایین و شرم را در بر می گیرد (فاستر، مک کاین، هیرتر، برانل و جانسون^۱، ۲۰۱۵). خودشیفتگی با به کارگیری اجتناب اجتماعی برای مقابله با تهدیدهای خود از طریق کناره گیری شرم آورانه در زمانی که ابراز خودآرمانی امکان پذیر نیست، مرتبط است (اختر^۲، ۲۰۱۷). مک لارن و بست^۳ (۲۰۱۳) نیز نشان دادند خودشیفتگی مرضی با رفتارهای اعتیادی مصرف مواد رابطه دارد.

شواهد نشان می دهند که یکی از عوامل اصلی عود اعتیاد ولع مصرف است (سری، فاتیسیس، دنیز، اسوندسن و آریاکمب^۴، ۲۰۱۵). از میان عوامل مؤثر در مصرف مواد، ولع مصرف^۵ نقش مهم تری در پدیده بازگشت و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد دارد. ولع مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج های روان شناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف، بی اشتها، اضطراب، بی خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد. به عبارت دیگر ولع مصرف، تمایل به استفاده از یک ماده معین و شدت اشتیاق فرد در هنگام تلاش برای تغییر است (بشرپور و احمدی، ۱۳۹۸). ولع مصرف مواد هسته مرکزی اعتیاد و عامل مصرف مواد، ادامه و پس از شروع درمان منجر به بازگشت به اعتیاد می شود (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴). نظریه های مصرف مواد بر نقش ولع مصرف در استفاده مداوم مواد مخدر تأکید دارند (برسین و ورونا^۶، ۲۰۱۹). شهبابی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که ولع مصرف می تواند باعث بازگشت اعتیاد شود، درمان و کاهش آن می تواند باعث بهبودی شرایط بیمار شود. اسماعیلی، طارمیان، رضایی، وثوقی و مصطفوی (۲۰۲۱)، فیاض فیضی، واحد، صادقال نیک رفتار و آرزومندان (۲۰۲۲)، جعفری و نژادمحمد (۱۳۹۷) و محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) نشان دادند که در گروه آزمایش پس از اعمال روش درمانی ماتریکس در شاخص ولع مصرف به صورت معنی داری بهبودی ایجاد شد.

1. Foster, McCain, Hibberts, Brunell & Johnson
2. Akhtar
3. MacLaren & Best

4. Serre, Fatseas, Denis, Swendsen & Auriacombe
5. cravings
6. Bresin & Verona

عامل مهمی که در ترک مواد در افراد وابسته به مواد وجود دارد، خودکارآمدی ترک^۱ است. این عامل، از لحاظ شناختی نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد و افزایش تحمل درد ناشی از ترک، در افراد معتاد ایفا می کند (تانکوچی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی به افکار و قضاوت فرد درباره توانایی هایش در رسیدن به هدف مورد نظر اشاره دارد، هر چه میزان خودکارآمدی در افراد بالاتر باشد به همان میزان احتمال بازگشت و عود مصرف در آنان نیز کاهش خواهد یافت (الکساندر، هبرت، بوسنیل و کندزور^۳، ۲۰۱۹). در پژوهشی که توسط سوپرت^۴ (۲۰۱۸) انجام شد، نتایج نشان داد وجود خودکارآمدی در نوجوانان، موجب خودکنترلی در ترک مواد در آنها شده و گرایش به اعتیاد، خودکشی و افسردگی را در آنها کاهش می دهد. نیک منش، بلوچی و پیراسته مطلق (۲۰۱۷) به بررسی نقش باورهای خودکارآمدی در پیش بینی عود مجدد پرداختند و نشان دادند که باورهای خودکارآمدی نقش مؤثرتری در پیشگیری از عود مصرف مواد دارد. منینگ^۵ و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که تحمل آشفتگی پایین با خودکارآمدی ترک در افراد مصرف کننده حشیش ارتباط دارد و تحمل آشفتگی از طریق اختلالات عاطفی مرتبط با درد، شدت مشکلات استفاده از حشیش، خودکارآمدی ترک را پیش بینی می کند.

یکی از سازه های مهمی که به طور بالقوه در رشد و نگهداری مشکلات استفاده از مواد مخدر از جمله ولع مصرف دخیل است، تحمل پریشانی^۶ است. تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روبینسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). وابستگی به ماده نیکوتین به عنوان یک ماده مخدر، با سطوح پایین تحمل پریشانی در افراد وابسته به آن همراه است (متیو و ژو^۸، ۲۰۲۰) و تحمل پریشانی علاوه بر ایجاد وابستگی به مواد مخدر، می تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات دیگر در افراد باشد (هورود، سیمونز و سیمونز^۹،

1. self-efficacy for quitting
2. Taniguchi
3. Alexander, Hébert, Businelle & Kendzor
4. Supreet

5. Manning
6. distress tolerance
7. Robinson
8. Mathew & Zhou
9. Hovrud, Simons & Simons

۲۰۲۰). فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷)، آرنائودووا و آمارو^۱ (۲۰۲۰)، زگل، راجرز، ووجانوویک و زوولنزکی^۲ (۲۰۲۰)، گیلور^۳ و همکاران (۲۰۱۸) و سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن^۴ (۲۰۱۸) در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که سطح پایین تحمل پریشانی در افراد می‌تواند زمینه‌ساز وابستگی به مواد مخدر شود. به علاوه، تحمل پریشانی پایین می‌تواند افراد را در برابر وابستگی به مواد مخدر آسیب‌پذیر سازد.

از سوی دیگر در زمینه اعتیاد به مواد، در سال‌های اخیر مطالعات حوزه بهوشیاری توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است. بهوشیاری^۵ به عنوان آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع می‌باشد، تعریف شده است (بروان، سرول و رایان^۶، ۲۰۱۵). از این رو، توجه فرآیندی است که در آن بر آگاهی هشیار، متمرکز می‌شود و از این طریق حساسیت به دامنه محدودی از تجارب شکل می‌گیرد. در واقع، آگاهی و توجه درهم تنیده‌اند، به گونه‌ای که توجه، به‌طور پیوسته اشکالی را از زمینه آگاهی بیرون می‌کشد و آن‌ها را به مدت زمان متفاوتی در مرکز خود نگه می‌دارد (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). افرادی که بهوشیاری پایین‌تری دارند به احتمال زیاد دشواری‌هایی در تنظیم هیجان نیز دارند (زیدان، جانسن، دایمن، دیوید و گوگیزن^۷، ۲۰۱۰ و مک دونالد و پریس^۸، ۲۰۱۷). حامدی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که بهوشیاری بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد تأثیر بسزایی دارد و باعث بهبود در سلامت روانی می‌شود.

یکی از این مداخلات آموزشی و شناختی مهمی که منجر به کاهش دشواری در ولع مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود، به کارگیری روش درمانی ماتریکس^۹ است. این درمان با هدف تأثیرگذاری بر پرهیز از مصرف مواد تدوین شده است (مکری، ۱۳۹۷). به‌طور کلی، برای درمان اختلالات ناشی از وابستگی به مواد، لازم است بیمار مهارت‌های

1. Arnaudova & Amaro
2. Zegel, Rogers, Vujanovic, & Zvolensky
3. Gilmore
4. Simons, Sistad, Simons & Hansen
5. Mindfulness

6. Brown, Creswell, Ryan
7. Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian
8. MacDonald & Price
9. Matrix therapy

لازم برای حل مشکلات را یاد بگیرد تا بعد از اتمام درمان بتواند از پس حل مشکلاتش برآید. در طول دوره درمان، در جلسات درمانی پیرامون مباحث و مهارت‌های اولیه بهبودی و مباحث پیشگیری از عود با بیماران کار می‌شود (لو، فریمان، ردلیچ و ساساکی^۱، ۲۰۱۸). این پروتکل حدود ۲۴-۳۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌گردد. درمان‌جویان در این روش درمانی، اطلاعات مناسبی در راستای چگونگی ایجاد یک زندگی سالم و حمایت برای دستیابی و حفظ مرکز درمان مصرف مواد را فرا می‌گیرند (نگین^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

احتشامی پویا، ممتازی، مکرری، اسکندری و داداشی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان ماتریکس موجب کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان مواد می‌گردد. در پژوهش‌های جداگانه، خدابخشی و فروزنده (۱۴۰۱) درخصوص معتادان تحت درمان شهر اصفهان، شیرمردی و میرزاوندی (۱۳۹۹) درخصوص مراجعین به مراکز درمان اعتیاد شهر اهواز، محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) در مصرف‌کنندگان وابسته به مت‌آمفتامین، فتاحی شنگل‌آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷) و احتشامی پویا و همکاران (۱۳۹۷) در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین گزارش نمودند که این درمان در تمایل مصرف مواد مخدر افراد وابسته به مواد اثربخش بوده است. پیمان‌نیا، حمید، و محمود علیلو (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که این مداخله می‌تواند در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و ارتقای کیفیت زندگی افراد با علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد. موسوی نسب، سلیمانی و محمدی (۱۴۰۱) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور معناداری نمرات بالاتری در خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در مقایسه با گروه غیربالینی داشتند. درمان ماتریکس بر بهبود راهبردهای مقابله با استرس و پریشانی در معتادان (دهکردی، علیپور و صابری، ۲۰۱۶)، کاهش مصرف مت‌آمفتامین در میان مصرف‌کنندگان (امیری، میرزا و ثابت، ۲۰۱۳) و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد (جعفری‌نژاد، بساک‌نژاد، مهربانی‌زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۴) تأثیرگذار است. این مهم در

نهایت کاهش بازگشت به مصرف مواد را پس از درمان به همراه دارد (مساح، عفت پناه و شیشه گر، ۲۰۱۷).

یکی از انواع دسته بندی مواد مخدر محرک ها هستند که بر سیستم مغزی مؤثر هستند (مک نیلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و عمده اثرشان را در مغز از طریق ناقل های شیمیایی دوپامین و نورآدرنالین اعمال می کنند، بنابراین علاوه بر ایجاد سرخوشی و لذت موجب بالا رفتن هوشیاری هم می شوند (ساکسانا و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو تکرار مصرف مخدر محرک، نشاط آنی و آرامش موقت برای فرد را در پی دارد و این نکته وابستگی طولانی مدت به این مواد را افزایش می دهد (پرسکی و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه ضرورت برنامه ریزی و تدوین راهکارهای مداخله ای پیشگیرانه در کشور وجود دارد، اما با این حال شرط لازم برای هر نوع برنامه ریزی، آگاهی از شرایط موجود و شناخت وضعیت کنونی مصرف مواد محرک و به صرفه بودن در زمان و هزینه در میان مصرف کنندگان مواد محرک است. همچنین با نگاهی به مشکلات روان شناختی ناشی از مصرف مواد محرک در حیطه فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد وابسته به مواد و در نظر گرفتن این که شمار بررسی های انجام شده در زمینه تعیین روش درمان روان شناختی مناسب تر برای کاهش مصرف مواد محرک محدود بوده است، نیاز به بررسی روش های مؤثرتر برای درمان مشکلات روان شناختی مصرف کنندگان مواد محرک امری ضروری است. در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در مصرف کنندگان مواد محرک مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش های آزمایشی حداقل حجم نمونه

برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (تاباکنیک و فیدل^۱، ۲۰۱۴). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، تشخیص وابستگی به مواد محرک حداقل شش ماه قبل از ورود به پژوهش، شرکت داوطلبانه در پژوهش، عدم بیماری جسمی جدی و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اسپاس تحلیل شدند.

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به شماره IR.IAU.AHV.AZ.REC.1400.118 می‌باشد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودشیفتگی مرضی^۲: به منظور بررسی جنبه‌های بزرگ‌منشانه و آسیب‌پذیر خودشیفتگی پرسش‌نامه ۵۲ سؤالی خودشیفتگی مرضی توسط پینکاس^۳ و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شد. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در این ابزار صفر و ۲۶۰ می‌باشد، نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالاتری از خودشیفتگی مرضی می‌باشد. خرده مقیاس‌ها شامل حرمت خود مشروط (سؤالات ۱ تا ۱۲)، بهره‌کشی (سؤالات ۱۳ تا ۱۷)، خودپنهان (سؤالات ۱۸ تا ۲۳)، خوددرونی فداکارانه (سؤالات ۲۴ تا ۳۰)، خیال پردازی بزرگ‌منشانه (سؤالات ۳۱ تا ۳۷)، نارزنده سازی (سؤالات ۳۸ تا ۴۴) و خشم حق طلبانه (سؤالات ۴۵ تا ۵۲) است. این پرسش‌نامه در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) ترجمه و اعتباریابی شده است. پینکاس و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۸۰ و پایایی

1. Tabaknik & Fidel
2. Pathological Narcissism Inventory
(PNI)

3. Pincus

آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش نمودند. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) نتایج همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفرونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، ناززنده‌سازی و خشم حق‌طلبانه را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۵۷، ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۷۸، و کل مقیاس ۰/۹۳ و هم‌چنین اعتبار بازآزمایی ۱۵ روزه برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های فوق را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۶۹، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های حرمت خود مشروط، بهره‌کشی، خودفرونی فداکارانه، خودپنهان، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه، ناززنده‌سازی و خشم حق‌طلبانه، به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۶۵، ۰/۸۸، به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه ولع مصرف لحظه‌ای^۱: پرسش‌نامه ولع مصرف یک پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی است که توسط فرانکن، هندریکس و واندن برینک^۲ (۲۰۰۲) ساخته شده است. پرسش‌نامه ولع مصرف دارای ۳ خرده‌مقیاس، میل و قصد مصرف مواد (سؤال ۱، ۲، ۱۲، ۱۴)، تقویت منفی (سؤال ۵، ۹، ۱۱، ۴، ۷) و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد (۳، ۸، ۶، ۱۰، ۱۳) است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای (از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۷) می‌باشد. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۹۸ می‌باشد. این پرسش‌نامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار کلی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. محمدی (۱۳۸۹) مقدار آلفای کرونباخ کلی را ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲، ۰/۷۰ گزارش نمود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های میل و

قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسش نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد^۱: این پرسش نامه توسط برامسون^۲ (۱۹۹۱) طراحی شده است که شامل ۱۶ گویه می باشد و مهارت هایی همچون حل مسأله (سوالات ۱ تا ۴)، تصمیم گیری (سوالات ۵ تا ۸)، ابراز وجود (سوالات ۹ تا ۱۲) و ارتباط (سوالات ۱۳ تا ۱۶) را مورد سنجش قرار می دهد. عبارات ۲-۵-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۶ دارای نمره گذاری معکوس می باشند. این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه ای (از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۷) می باشد. حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۱۱۲ می باشد. این پرسش نامه در ایران توسط حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری و طلایی (۱۳۹۱) ترجمه و اعتباریابی شده است. حبیبی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار محتوایی و صوری این مقیاس را مناسب گزارش نمودند و همچنین میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی پرسش نامه خودکارآمدی ترک براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس های حل مسئله، تصمیم گیری، ابراز وجود و ارتباط به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

۴- مقیاس تحمل پریشانی^۳: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر^۴ (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۱، ۳، ۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۲، ۴، ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی (۸، ۱۳، ۱۴) است. گویه های این مقیاس به صورت طیف ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره گذاری می شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان گر تحمل پریشانی بالا است. حداقل نمره این مقیاس ۱۵ و حداکثر نمره ۷۵ است. مقیاس تحمل پریشانی در ایران توسط عزیزی، میرزایی، آزاده و شمس (۱۳۸۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن

به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ و همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه را ۰/۶۱ گزارش نمودند. این مقیاس با مقیاس پذیرش خود رابطه مثبت (۰/۷۱) و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا (۰/۶۸-) رابطه منفی نشان داد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) میزان پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه را نیز ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس تحمل پریشانی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۴، ۰/۷۸، و ۰/۸۹ به دست آمد.

۵- مقیاس بهوشیاری^۱: به منظور سنجش توجه و آگاهی پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی مقیاس بهوشیاری توسط براون و رایان^۲ (۲۰۰۳) تدوین شد. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از صفر (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هیچ وقت) می‌باشد. حداقل نمره و حداکثر نمره آن به ترتیب ۱۵ و ۹۰ است. در این مقیاس هرچه نمره آزمودنی بیشتر باشد بیانگر سطوح بالایی از بهوشیاری است. این مقیاس در ایران توسط قربانی، واتسون و ویتینگتون^۳ (۲۰۰۹) ترجمه و اعتباریابی شده است. براون و رایان (۲۰۰۳) همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۸۰ تا ۰/۷۸ و روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود را کافی گزارش نمودند. قربانی و همکاران (۲۰۰۹) میزان پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۶ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا

1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

2. Brown & Ryan

3. Ghorbani, Watson, & Weathington

در این مطالعه، درمان ساختارمند ماتریکس به صورت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمایی مؤسسه ماتریکس (۲۰۰۶؛ ترجمه براتی سده و هاشمی میناباد، ۱۳۹۱) و بر اساس کتاب راهنمای عملی مصرف مواد محرک و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پس از گذشت دو ماه نیز جهت بررسی ماندگاری اثر درمانی مجدد آزمون پیگیری انجام شد. خلاصه محتوای این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
اول	غربالگری و ارزیابی اولیه افراد	ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف گرفته می‌شود، سپس مهارت‌های به طور انفرادی و ایجاد فضای امن و آرام
دوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه	ارائه تکالیف تحلیل رفتار بر اساس شناخت وسوسه کننده‌های بیرونی و کننده‌های بیرونی و آغازگر مصرف
سوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه کننده‌های درونی و عوامل هیجانی	وسوسه کننده‌های درونی آغازگر مصرف و نیز عوامل هیجانی یا بی-نظمی‌های هیجانی به عنوان راه‌انداز وسوسه مصرف شناسایی می‌شود. 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. 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 بحث می‌شود.
چهارم	شناخت شیمی بدن در دوره بهبود	در این جلسه اجزای روان شامل فکر، احساس و رفتار تبیین می‌شود و درباره چگونگی تأثیر آن‌ها بر آغاز مصرف مواد در گذشته و آینده بحث می‌شود.
پنجم	شناخت اجزای روان	در این جلسه به برخی از عوامل همچون بی‌حوصلگی، خستگی و دل‌تنگی که در زمان حال و یا آینده ممکن است موجب تحریک میل به مصرف شود اشاره شد و برای جلوگیری از این بی‌نظمی‌های هیجانی و حالتی، راهکارهای تغییر رفتار و گسترش سبک زندگی سالم ارائه شد.
ششم	شناخت عواملی که سبب تحریک میل به مصرف می‌شود	

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات

جلسات	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
هفتم	اهمیت اشتغال و بهبودی	در این جلسه در مورد اهمیت اشتغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می کند صحبت شد و مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغییرات به وجود آمده، وارد فعالیت های اقتصادی و اجتماعی شوند. در این خصوص خانواده های افراد وابسته نیز با اهمیت اشتغال و سرگرمی فرد معتاد آشنا می شوند.
هشتم	شناخت فنون پیشگیری از لغزش	در این جلسه به عنوان حد وسط درمان که احتمال می رود مراجعان معتاد دچار لغزش یا وسوسه شوند، در مورد صداقت و رو راستی به هنگام لغزش صحبت می شود تا بتوانند با آگاهی از این وسوسه ها از لغزش پیشگیری کنند و هم چنین اعتماد و اتکا خود را به درمان و درمانگر افزایش دهند.
نهم	پایداری و تحکیم پاکی	هدف این جلسه در راستای پیشگیری از لغزش، تأکید بر پاکی و پرهیز کامل یا همیشگی می باشد؛ تا به پایداری و تحکیم پاکی به وجود آمده نائل شوند.
دهم	تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد، شناسایی علل بازگشت به مصرف	در این جلسه فنون درمان تغییر افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در مورد مصرف مواد ارائه و آموزش داده می شود. علاوه بر این در مورد توجیه بازگشت و شناسایی علل بازگشت به مصرف، آموزش پیشگیری از بازگشت از طریق پیش بینی فکر، وسوسه و میل صحبت می شود.
یازدهم	کمک طلبی به هنگام لغزش (مهم ترین جلسه حمایتی خانواده)	در این جلسه آمادگی قبلی و تأثیر آن ها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک گیری از دیگران به ویژه خانواده به هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده می شود.
دوازدهم	شرکت در جلسات خودیار	در این جلسه نحوه آشنایی با گروه های خودیار آموزش داده می شود و شرکت در آنها توصیه می شود.
سیزدهم	ارائه برنامه های مقابله چند منظوره	در این جلسه راهکارها جمع بندی و برنامه مقابله چند منظوره شامل پیش بینی موقعیت های خطر آفرین و تدوین راهکار مناسب درون محور و اجتماع محور ارائه می شود.
چهاردهم	جمع بندی و نتیجه گیری	در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغییرات درمانی نتیجه گیری و مباحث دوره درمانی جمع بندی و اختتام درمان اعلام می شود. ارزیابی پس از درمان انجام می شود.

۲۱۳

213

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان پژوهش، از ۴۰ شرکت کننده پژوهش، ۹ زن و ۱۱ مرد در گروه آزمایش و ۷ زن و ۱۳ مرد در گروه کنترل بودند. در این مطالعه ۲۳ نفر مجرد و ۱۷ نفر متأهل بودند. مدرک تحصیلی ۲۲ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۱۰ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۱۴ نفر از شرکت کنندگان در بازه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ نفر در بازه سنی ۳۱-۴۰ سال، ۷ نفر در بازه سنی ۴۱-۵۰ سال و ۵ نفر در بازه ۵۰ سال به بالا بودند. به علاوه، مدت مصرف ۱۵ نفر از شرکت کنندگان کمتر از ۵ سال، ۱۳ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال، ۶ نفر بین ۱۱ تا ۱۵ سال، ۳ نفر بین ۱۶ تا ۲۰ سال و ۳ نفر بیشتر از ۲۰ سال بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مؤلفه	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودشیفتگی	آزمایش	۲۱۴/۹۵	۱۹/۸۸	۱۶۰/۴۰	۱۴/۷۳	۱۵۸/۴۵	۱۲/۲۴
گرمای	کنترل	۲۱۰/۳۰	۱۶/۱۲	۲۱۱/۱۰	۱۷/۱۸	۲۱۰/۳۵	۱۹/۶۶
آزمایش	ولع مصرف	۶۳/۹۵	۸/۵۸	۴۲/۹۰	۸/۳۸	۴۲/۳۵	۷/۵۴
کنترل	ولع مصرف	۶۴/۹۰	۷/۴۰	۶۳/۶۰	۸/۰۸	۶۵/۱۰	۷/۷۱
خودکارآم	آزمایش	۵۴/۴۵	۷/۲۵	۷۶/۶۵	۹/۵۰	۷۷/۰۰	۸/۲۱
دی ترک	کنترل	۵۴/۸۵	۶/۷۶	۵۶/۷۰	۷/۳۳	۵۵/۴۰	۶/۴۸
تحمل	آزمایش	۳۴/۳۵	۸/۱۹	۵۱/۶۵	۸/۱۷	۵۱/۷۵	۸/۶۷
پریشانی	کنترل	۳۵/۷۰	۷/۴۹	۳۴/۸۵	۷/۱۸	۳۵/۴۰	۶/۵۹
آزمایش	بهبوشیاری	۳۷/۸۵	۸/۵۹	۵۱/۹۵	۸/۷۴	۵۲/۹۰	۷/۶۶
کنترل	بهبوشیاری	۴۰/۵۰	۸/۱۵۵۰	۴۱/۱۰	۶/۹۳	۳۸/۸۰	۶/۹۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی و ولع مصرف در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش و میانگین نمرات خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهبودیاری افزایش یافته است. در

مقابل تغییرات مشابه در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. برای تجزیه نتایج اصلی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه های این تحلیل، نرمال بودن توزیع داده هاست. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$). همچنین هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی در آزمون لوین معنادار نبودند ($p > 0/05$)، لذا می توان گفت که همگنی واریانس ها برقرار بود. به علاوه، شاخص آماره ام باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی دار نبود. این موضوع بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته بود. همچنین ارزش مجذور کای حاصل از تست موخلی برای همه متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل غیرمعنی دار است ($p > 0/05$). این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت نیز برای آن متغیرها برقرار بوده است. جدول ۳ نتایج تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر اجرای درمان ساختارمند ماتریکس بر متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

۲۱۵

215

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

توان آزمون	η^2	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره F	لامبدای ویلکز	متغیر وابسته
۱/۰۰	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۴۲/۳۲	۰/۳۰۴	خودشیفتگی مرضی
۰/۹۹۹	۰/۴۶۵	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۶/۰۸	۰/۵۳۵	ولع مصرف
۱/۰۰	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۲۱/۹۷	۰/۴۵۷	خودکارآمدی ترک
۰/۹۹۹	۰/۴۷۵	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۶/۷۱	۰/۵۲۵	تحمل پریشانی
۰/۹۸۴	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱	۲ و ۳۷	۱۰/۷۰	۰/۶۳۴	بهوشیاری

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری معنی دار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر درمان ساختارمند ماتریکس بر هر یک از متغیرهای وابسته را نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	سطح معناداری η^2
خودشیفتگی مرضی	اثر گروه	۳۱۹۸۰/۶۸	۱۱۱۸۶/۹۸	۱۰۸/۶۳	۰/۷۴۱
	اثر زمان	۱۵۹۳۳/۰۱	۱۱۴۰۹/۹۸	۵۳/۰۶	۰/۵۸۳
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۰۸۷۶/۵۵	۲۱۰۰۴/۲۷	۳۷/۷۷	۰/۴۹۸
ولع مصرف	اثر گروه	۶۵۷۱/۲۰	۲۰۰۴/۶۷	۱۲۴/۵۶	۰/۷۶۶
	اثر زمان	۲۲۸۹/۸۰	۳۰۱۳/۰۰	۲۸/۸۸	۰/۴۳۲
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۸۹۸/۳۵	۵۲۱۹/۰۳	۲۱/۱۰	۰/۳۵۷
خودکارآمدی ترک	اثر گروه	۵۶۴۴/۴۱	۱۶۰۸/۹۲	۱۳۳/۳۱	۰/۷۷۸
	اثر زمان	۲۶۶۸/۰۵	۲۳۰۱/۹۵	۴۴/۰۴	۰/۵۳۷
	اثر تعاملی گروه×زمان	۳۰۰۲/۸۲	۵۰۷۶/۱۳	۲۲/۴۸	۰/۳۷۲
تحمل پریشانی	اثر گروه	۳۳۷۰/۸۰	۱۸۸۶/۲۳	۶۷/۹۱	۰/۶۴۱
	اثر زمان	۱۴۶۲/۰۵	۲۹۶۷/۵۰	۱۸/۷۲	۰/۳۳۰
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۱۴۳/۰۵	۴۹۵۴/۱۷	۱۶/۴۴	۰/۳۰۲
بهوشیاری	اثر گروه	۱۶۵۷/۶۳	۲۲۷۹/۶۷	۲۷/۶۳	۰/۴۲۱
	اثر زمان	۸۹۱/۱۱	۲۸۰۹/۵۸	۱۲/۰۵	۰/۲۴۱
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۵۷۷/۹۲	۴۷۸۷/۶۳	۱۲/۵۲	۰/۲۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اجرای درمان ساختارمند ماتریکس متغیرهای وابسته را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

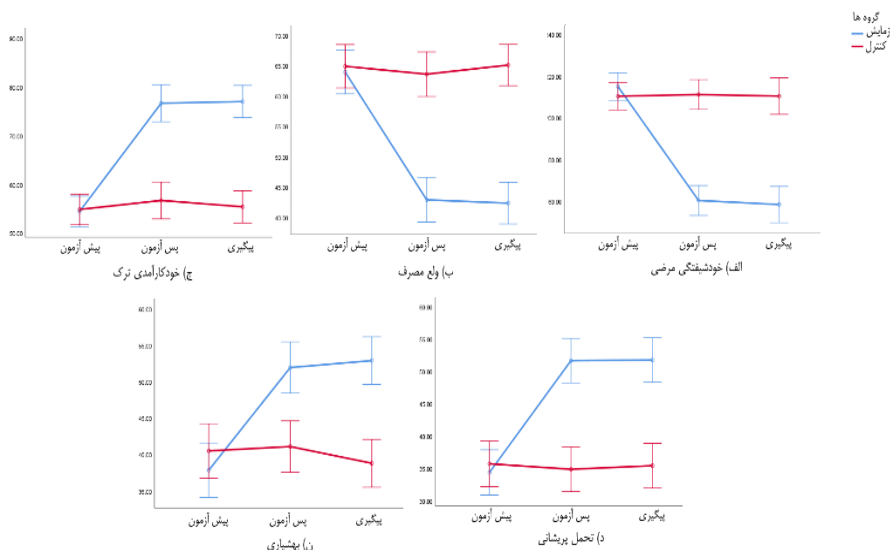
جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودشیفتگی مرضی	پیش آزمون	۲۶/۸۸	۳/۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲۸/۲۳	۳/۸۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۳۵	۳/۹۲	۱/۰۰
ولع مصرف	پیش آزمون	۱۱/۱۸	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۰/۷۰	۱/۹۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۴۸	۱/۵۷	۱/۰۰
خودکارآمدی ترک	پیش آزمون	-۱۲/۰۳	۱/۹۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۱۱/۵۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۴۸	۱/۸۰	۱/۰۰
تحمل پریشانی	پیش آزمون	-۸/۲۳	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۸/۵۵	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۳۳	۱/۷۹	۱/۰۰
بهوشیاری	پیش آزمون	-۷/۳۵	۱/۷۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۶/۶۸	۱/۹۲	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۰/۶۸	۱/۶۸	۱/۰۰

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودشیفتگی مرضی	آزمایش	-۳۲/۶۵	۳/۱۳	۰/۰۰۱
ولع مصرف	آزمایش	-۱۴/۸۰	۱/۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی ترک	آزمایش	۱۳/۷۲	۱/۱۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۰/۶۰	۱/۲۹	۰/۰۰۱
بهوشیاری	آزمایش	۷/۴۳	۱/۴۱	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ تفاوت میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنی دار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون-پیگیری غیرمعنی دار بود. هم‌چنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان داد که تفاوت

میانگین متغیرهای خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. به طوری که اجرای درمان ساختارمند ماتریکس باعث شده تا میانگین نمرات خودشیفتگی مرضی و ولع مصرف در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری، کاهش و میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری افزایش یابد. شکل ۱ نمودارهای مربوط به خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودارهای مربوط به متغیرهای وابسته گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین متغیرهای وابسته در نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از اجرای درمان ساختارمند ماتریکس بر متغیرهای وابسته بعد از اتمام دوره درمان پا برجا مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و بهوشیاری در

مصرف کنندگان مواد محرک انجام شد. نتایج نشان داد که اجرای درمان ساختارمند ماتریکس در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین خودشیفتگی مرضی در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. کاهش میانگین خودشیفتگی مرضی در گروه درمان ساختارمند ماتریکس، نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی در دوره پیگیری پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس، خودشیفتگی مرضی را در مصرف کنندگان مواد محرک کاهش می‌دهد. یافته حاضر با نتایج مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، فاستر و همکاران (۲۰۱۵)، اختر (۲۰۱۷) و مک‌لارن و بست (۲۰۱۳) همسو است. افراد دارای مصرف مواد محرک دارای خودشیفتگی مرضی با استفاده از درمان ماتریکس دیدگاه دیگری برای زندگی خود اکتساب می‌کنند و یاد می‌گیرند هشیارانه بدون آمیختگی در دام اعتیاد، با تحلیل کارکردی رفتار، توجه خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می‌گذرانند، معطوف نمایند. در چنین شرایطی وقتی افراد دارای مصرف مواد محرک می‌آموزند که تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه اعتیاد که گیر افتادن در دام آن می‌تواند آنها را از نزدیک شدن به ارزش‌های اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می‌شود. در نهایت این عقیده، به این شیوه به درمان‌جویان کمک می‌کند از دام اجتناب تجربه‌ای رهایی یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده نمایند تا تأثیر و نفوذ آنها بر زندگی‌شان کمتر شود (پولک، شوندورف، وبستر، و اولاز، ۲۰۱۶). در مجموع درمان ماتریکس باعث می‌گردد این افراد کمتر درگیر بزرگ‌منشی در فکر و خیال گردند. هم‌چنین به درمان‌جویان کمک می‌کند تا از اشتغال فکری یا خیال‌پردازی به این‌که خاص و دارای قدرت و زیبایی هستند اجتناب نمایند. هم‌چنین به آنها کمک می‌کند نسبت به دیگران احساس همدلی نمایند و از حسادت به اطرافیان دوری کنند (پیمان‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع می‌توان گفت که درمان ماتریکس از طریق

تکنیک‌هایی که در اختیار افراد دارای مصرف مواد قرار می‌دهد، مسیر جدیدی را در درمان خودشیفتگی مرضی فراهم نموده است.

به علاوه، تفاوت میانگین ولع مصرف در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنادار بود. بر این اساس درمان ساختارمند ماتریکس، ولع مصرف را در بیماران مبتلا به مصرف مواد محرک کاهش می‌دهد و این اثر در مرحله پیگیری پایدار بوده است. یافته حاضر با نتایج تحقیق فیاض فیضی و همکاران (۲۰۲۲)، برسین و ورونا (۲۰۱۹)، شهبایی و همکاران (۲۰۱۴)، اسماعیلی و همکاران (۲۰۲۱)، جعفری و نژادمحمد (۱۳۹۷) و محمدی و کارگر شاکر (۱۳۹۷) همخوان است. در تبیین این یافته میتوان گفت، مصرف مواد محرک، کارکردهای مغزی و شناختی را مختل کرده و ولع شدیدی در مصرف کننده ایجاد می کند و اکثر مصرف کنندگان مداوم مواد مخدر، اظهار می دارند که برای مواجهه با احساس اضطراب، بی حوصلگی، افسردگی، ترس از شکست و بی هدف بودن در زندگی، هیچ راه دیگری جز مصرف مواد مخدر نداشتند (محمدی و کارگر شاکر، ۱۳۹۷). بر این اساس افزایش مهارت‌ها با روش درمان ماتریکس، باعث افزایش کنترل بر عواطف دردناک شده و بر تکنیک‌هایی توجه می کنند که میل به مصرف مواد را شناسایی و با آن‌ها مقابله می کنند. در واقع، بسیاری از درمان گران اعتیاد، ویژگی‌های مهم روش درمانی الگوی ماتریکس را با هم ترکیب می کنند تا روش مفیدی را برای تغییر رفتار افراد معتاد به وجود آورند. این افراد با استفاده از این روش درمانی، بر هدف‌های روشنی برای تغییر دادن تعبیر افراد از موقعیت‌ها، تأکید می کنند. درمانگران، به درمان جویان کمک می کنند تا برداشت‌های خود را از رویدادهای گذشته، مسائل جاری و احتمالات آینده تغییر دهند و بتوانند کنترل خود را بر شناخت‌ها، عواطف و رفتارهایشان بیشتر گسترش دهند (جعفری نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). اثربخشی درمان ماتریکس را می توان این گونه تبیین نمود که هیجانات در واقع مجموعه‌ای از حس‌های جسمانی هستند که با افکار و تصاویر همراه شده‌اند. با استفاده از مهارت ماندن در حس‌های جسمانی و توجه کردن به حس‌های خوشایند و ناخوشایندی که در مراقبه پدید می آید، می توان کاوش هیجان‌ها را به همان شکلی که در بدن ایجاد می شوند آموخت. این کار تحمل آن‌ها را

بسیار آسان تر می سازد و ظرفیت فرد را برای بودن با آن ها افزایش می دهد. با توجه به تأثیرات شناختی فرد بر ولع مصرف، درمان ماتریکس می تواند موثر واقع شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین خودکارآمدی ترک در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. به علاوه، تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر خودکارآمدی ترک بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس خودکارآمدی ترک را در مصرف کنندگان مواد محرک افزایش می دهد. نتایج حاضر با یافته های الکساندر و همکاران (۲۰۱۹)، سوپرت (۲۰۱۸)، نیک منش و همکاران (۲۰۱۷)، میننگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. درمان ماتریکس می تواند به وسیله عناصری از رویکردهای مارلات برای پیشگیری از عود مصرف مواد، منجر به تغییر خودکارآمدی ترک شود. این مدل متشکل از مهارت های بهبودی اولیه (مهارت های مقابله با فشارها و مشکلات، شناسایی شروع کننده ها، مهارت پیشگیری از عود) است که می توانند بر خودکارآمدی ترک تأثیرگذار باشند (مرادی، ۱۳۹۶). در کل وابستگی به مواد و اعتیاد به آن به علت ناتوانی در مقابله با مصرف نکردن است. بنابراین افراد با آموختن مهارت های مقابله با فشارها و مشکلات، مهارت های پیش بینی فشارهای روانی آینده از طریق دوری جویی از موقعیت هایی که در آن خودکارآمدی ضعیفی برای انجام مهارت های خاص دارند، به کاهش مشکلات خود کمک می کنند. این فرآیند در طراحی مدل جلوگیری از مصرف مجدد که می کوشد تا محرک ها و موقعیت های خطر ساز برای افراد معتاد را شناسایی کند و با افزایش خودکارآمدی و احساس اثرگذاری بر محیط به آنها کمک کند، به کار رفته است. در رویکرد تقویت اجتماعی انتظارات افراد از اثرات مفید مواد حائز اهمیت است. در واقع می توان گفت که ماتریکس با تکنیک هایی که در طول دروه درمانی بر روی افراد دارای مصرف مواد دارد باعث می گردد خودکارآمدی ترک در آن ها افزایش یابد و این نکته خود تبیینی بر یافته حاضر است.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین تحمل پریشانی در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. همسو با نتایج مربوط تغییرات

ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر تحمل پریشانی بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس، درمان ساختارمند ماتریکس تحمل پریشانی را در مصرف کنندگان مواد محرک افزایش می دهد. یافته حاضر با تحقیقات فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی (۱۳۹۷)، هورود و همکاران (۲۰۲۰)، آرنائودووا و آمارو (۲۰۲۰)، زگل و همکاران (۲۰۲۰)، گیلیمور و همکاران (۲۰۱۸) و سیمونز و همکاران (۲۰۱۸) همخوان است. هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی محیط و دوستان تحت فشار قرار می گیرد، تحمل پریشانی ها خطر مصرف را کاهش می دهد. درمان ساختارمند ماتریکس با تمرینات مختلف روان شناختی و با تأکید بر توانایی درونی منجر به توانایی تحمل پریشانی در این افراد شده و سبب شده تا فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. به علاوه، افرادی که تحمل پریشانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. در مقابل کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (آرنائودووا و آمارو، ۲۰۲۰). درمان ماتریکس می تواند راهکار مناسبی در اختیار بیماران جهت بهبود تحمل پریشانی باشد و در مجموع افراد با تحمل پریشانی بالا از مصرف مواد ممانعت می کنند، متعهد می شوند که از مصرف مواد محرک و یا مصرف سایر مواد خودداری کنند، شخصیت سالم و بهداشت روان دارند، توانایی نه گفتن به همسالان، کنترل احساسات، کنترل انتظارات و توقعات و مقاومت در برابر مشکلات را دارند که به عنوان عامل بازدارنده قوی در برابر مصرف مواد عمل می کند. با بالا رفتن تحمل پریشانی از طریق درمان ماتریکس، توانایی حل تعارض در فرد بهبود می یابد. در واقع بهبود تحمل پریشانی نه تنها می تواند به عنوان مانع در برابر وسوسه، لذت طلبی و مصرف مواد باشد بلکه باعث بهبود در سایر زمینه های زندگی فرد نظیر روابط اجتماعی، کار و روابط خانوادگی می شود و از طرفی باعث می شود فرد سلامت روانی بیشتری داشته باشد (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). همچنین با توجه به این که در حال حاضر اجرای درمان ماتریکس می تواند اثرات مثبتی در روند بهبودی تحمل پریشانی بیماران داشته باشد، به عنوان درمان خاص مصرف کنندگان مواد محرک تعیین شده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین بهوشیاری در دو گروه درمان ساختارمند ماتریکس و کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود. همسو با نتایج مربوط تغییرات ناشی از درمان ساختارمند ماتریکس بر بهوشیاری بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس درمان ساختارمند ماتریکس بهوشیاری را در مصرف کنندگان مواد محرک افزایش می دهد. یافته حاضر با پژوهش های زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، مک دونالد و پریس (۲۰۱۷) و حامدی و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. روش درمانی ماتریکس می تواند راهکار مناسبی در اختیار افراد دارای مصرف مواد جهت بهبود بهوشیاری باشد. در مجموع افراد با بهوشیاری بالا از مصرف مواد ممانعت می کنند و توانایی نه گفتن به همسالان پیدا می کنند و نسبت به مسائل پیرامون خود هشیار می گردند. روش درمان ماتریکس به افراد دارای مصرف مواد کمک می کند شیوه تفکر را اصلاح کنند، هم چنین موجب کسب مهارت های مقابله با فشارهای روانی زندگی می گردد (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). در واقع می توان گفت که بهوشیاری به عنوان مانع در برابر وسوسه، باعث کاهش لذت طلبی و مصرف مواد در افراد دارای مصرف مواد گردد.

در پژوهش حاضر برخی متغیرهای مزاحم مانند فرهنگ، وضعیت اقتصادی، نوع مواد مصرف شده و سن شروع مصرف مواد در نظر گرفته نشده است که می تواند بر نتایج تحقیق تأثیر گذار باشد. به علاوه، اگرچه پژوهش حاضر در گروه مردان و زنان وابسته به مواد محرک، صورت گرفته است ولی مقایسه ای در نتایج پژوهش از نظر جنسیت صورت نگرفت و اثر جنسیت در پژوهش حاضر مشخص نیست. لذا پیشنهاد می شود پژوهشی در زمینه موضوع حاضر در گروه زنان و مردان مبتلا به مصرف مواد محرک صورت گیرد و نتایج این دو گروه باهم مقایسه گردد و اثر جنسیت در درمان های روان شناختی مشخص گردد. با توجه به نتایج حاضر پیشنهاد می شود آموزش روش درمان ساختارمند ماتریکس به مشاوران و درمانگران مراکز ترک اعتیاد داده شود تا بتوانند از این طریق بر کاهش ولع و تمایل مصرف در افراد دارای مصرف مواد تأثیر بیشتری بگذارند و احتمال عود مصرف مواد از این طریق کاهش یابد. همچنین پیشنهاد می گردد، مراکز بهزیستی، با ایجاد کارگاه های آموزشی یا با فراهم آوردن امکانات تصویری، از جلسات درمانی ماتریکس

به صورت فیلم و بسته آموزشی و با در اختیار گذاشتن سی دی و بسته آموزشی به درمانگران و مسئولین مراکز ترک اعتیاد و افزایش مهارت آنان در خصوص این درمان، در جهت افزایش بهوشیاری بیماران و مبتلایان به مصرف مواد محرک کمک نمایند.

منابع

- احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مکرری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت آمفتامین در شهر زنجان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۶(۱۱۷)، ۲۱-۳۱.
- براتی سیده، فرید، و هاشمی میناباد، سیدحسن (۱۳۹۱). *راهنمای درمان ویژه مشاور. درمان سرپایی عمقی اختلالات مصرف مواد محرک و آمفتامین برنامه درمانی ماتریکس*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.
- بشپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفته‌گی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *اعتیاد پژوهشی*، ۵۴(۱۳)، ۲۴۵-۲۶۵.
- پیمان‌نیا، بهرام؛ حمید، نجمه و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۳(۱)، ۲۳-۴۴.
- جعفری، اصغر و نژادمحمد، ساتی (۱۳۹۷). تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۶۹-۱۸۸.
- جعفری نژاد، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۴). اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۳۵)، ۴۶-۵۶.
- حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد. *اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.
- حیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۸.
- خدا بخشی، نیره و فروزنده، الهام (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان مصرف مواد مخدر. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۹۹-۲۲۲.
- رمضانی گهرویی، ثریا (۱۳۹۹). *پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس افسردگی، دین‌داری و خودکارآمدی ترک اعتیاد در افراد وابسته به مواد مخدر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور اهواز.

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکاس، آبرون (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۱۰-۹۵.

شیرمردی، نوید و میرزاوندی، جهانگیر (۱۳۹۹). مقایسه اثر درمان‌های نگهدارنده با متادون (mmt) و ماتریکس بر تمایل مصرف مواد مخدر در مراجعین به مراکز درمان اعتیاد شهر اهواز. ششمین همایش ملی تازه‌های روان‌شناسی مثبت نگر، بندرعباس.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفته‌گی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۸.

فتاحی شنگل آباد؛ محمدرضا و میرهاشمی، مال (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر خودکنترلی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۶۰-۴۱.

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

محمدی، فاطمه (۱۳۸۹). *پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERS) در افراد وابسته به کراک هرئوین در هنگام مواجهه با تصاویر دیداری القاء‌کننده ولع قبل و بعد از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

مرادی، عباس (۱۳۹۶). *بررسی تأثیر مدل مداخله‌ای ماتریکس بر اضطراب و خودکارآمدی در مردان معتاد به مت‌آمفتامین‌ها*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

مکری، آزرخش (۱۳۹۷). *راهنمای درمان مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. تهران: سپید برگ.

موسوی نسب، سعیده سادات؛ سلیمانی، مهدی و محمدی، ابوالفضل (۱۴۰۱). مقایسه‌ی خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی. *روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۱)، ۱۰۶-۱۱۷.

References

- Akhtar, S. (2017). *New clinical realms: Pushing the envelope of theory and technique*. USA: Jason Aronson Lanham.
- Alexander, A. C., Hébert, E. T., Businelle, M. S., & Kendzor, D. E. (2019). Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 198(3), 63-69.
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Philadelphia: American Psychiatric Pub.
- Amiri, Z., Mirzaee, B., & Sabet, M. (2016). Evaluating the efficacy of Regulated 12-Session Matrix Model in reducing susceptibility in methamphetamine-dependent individuals. *International journal of medical research & health sciences*, 5(2), 77-85.
- Arnaudova, I., & Amaro, H. (2020). Acting with Awareness and Distress Tolerance Relate to PTSD Symptoms Among Women with Substance Use Disorder. *Mindfulness*, 11(6), 1460-1468.

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. 6th Ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. P. 139
- Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.
- Bliuc, A. M., Doan, T. N., & Bset, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of community & applied social psychology*, 29(2), 121-231.
- Bramson, J. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use*. Doctoral dissertation of Psychology. University of Northern Colorado, Greeley, Colorado.
- Bresin, K., & Verona, E. (2019). Craving and substance use: Examining psychophysiological and behavioral moderators. *International journal of psychophysiology*, 163, 92-103.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. (2015). *Handbook of mindfulness, theory, research and practice*. 1nd ed. New York: The Guilford press. P. 456-66.
- Chen, J., Liu, L., Long, D., & Zhou, H. (2020). The spatial heterogeneity of factors of drug dealing: A case study from ZG, China. *ISPRS international journal of geo-information*, 9(4), 205-220.
- Dehkordi, M. A. A., Alipour, A., & Saberi, A. (2016). Investigate the effectiveness of psychological treatment on the life quality and coping styles of Shishe abusers, based on the matrix model. *World scientific news*, (54), 98-109.
- Esmaili, S., Tareman, F., Rezaei, M., Vousooghi, N., & Mostafavi, H. (2021). Comparison of the efficacy of matrix therapy, transcranial magnetic stimulation, and cognitive rehabilitation in attention bias modification and craving reduction in stimulant drug users. *Basic and clinical neuroscience*, (In Press), 1-25.
- Fayaz Feyzi, Y., Vahed, N., Sadeghamal Nikraftar, N., & Arezoomandan, R. (2022). Synergistic effect of combined transcranial direct current stimulation and Matrix Model on the reduction of methamphetamine craving and improvement of cognitive functioning: a randomized sham-controlled study. *American journal of drug and alcohol abuse*, 48(3), 311-320.
- Foster, J. D., McCain, J. L., Hibberts, M. F., Brunell, A. B., & Johnson, R. B. (2015). The gran- diose Narcissism Scale: A global and facet-level measure of grandiose narcissism. *Personality and individual differences*, 73, 12-16.
- Franken I. H. A., Hendriks V. M., & Vanden Brink, W. (2002). Initial Validation of two opiate craving questionnaires: the obsessive compulsive drug use scale (OCDUS) and the desires for drug questionnaire. *Addictive behaviors*, 27, 675-685.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Crosscultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current psychology*, 28(4), 211-223.

- Gilmore, A. K., Jones, J. L., Moreland, A. D., Hahn, C. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Gender moderates the association between distress tolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. *Journal drug and alcohol dependence*, 190(1), 9-12.
- Hovrud, L., Simons, R., & Simons, J. (2020). Cognitive schemas and eating disorder risk: the role of distress tolerance. *International journal of cognitive therapy*, 13(1), 54-66.
- Lo, P. M., Friman, B., Redlich, K., & Sasaki, C. (2018) S-matrix analysis of the baryon electric charge correlation. *Physics Letters B*, 778, 454-458.
- MacDonald, H. Z., & Price, J. L. (2017). Emotional understanding: Examining alexithymia as a mediator of the relationship between mindfulness and empathy. *Mindfulness*, 8(6), 1644-1652.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2013). Disagreeable narcissism mediates an effect of BAS on addictive behaviors. *Personality and individual differences*, 55(2), 101-105.
- Manning, K., Paulus, D. J., Hogan, J. B., Buckner, J. D., Farris, S. G., & Zvolensky, M. J. (2018). Negative affectivity as a mechanism underlying perceived distress tolerance and cannabis use problems, barriers to cessation, and self-efficacy for quitting among urban cannabis users. *Journal addictive behaviors*, 78(3), 216-222.
- Massah, O., Effatpanah, M., & Shishehgar, S. (2017). Matrix model for methamphetamine dependence among Iranian female methadone patients: The first report from the most populated Persian Gulf country. *Iranian rehabilitation journal*, 15(3), 193-198.
- Mathew, A. R., & Zhou, M. (2020). Distress tolerance in relation to cessation history and smoking characteristics among adult daily smokers. *Addictive behaviors*, 100, 106-124.
- McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., & Rotrosen, J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: A qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-15.
- Nguyen, T. T., Ding, D., Wolter, W. R., Pérez, R. L., Champion, M. M., Mahasenan, K. V., & Chang, M. (2018). Validation of matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) as a novel target for treatment of diabetic foot ulcers in humans and discovery of a potent and selective small-molecule MMP-9 inhibitor that accelerates healing. *Journal of medicinal chemistry*, 61(19), 8825-8837.
- Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H., & Pirasteh Motlagh, A. A. (2017). The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 6(1), 212-229.
- Perski, O., Herd, N., West, R., & Brown, J. (2019). Perceived addiction to smoking and associations with motivation to stop, quit attempts and quitting success: A prospective study of English smokers. *Addictive behaviors*, 90, 306-113.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), 365-379.

- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. Oakland, CA.: Context Press, An imprint of New Harbinger Publications, Inc.
- Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The mediating role of distress tolerance in the relationship between childhood maltreatment and mental health outcomes among university students. *Journal of interpersonal violence*, 1(1), 1-36.
- Ruchkin, V., Koposov, R., Orelan, L., Klinteberg, B., & Grigorenko, E. L. (2020). Dopamine-related receptors, substance dependence, behavioral problems and personality among juvenile delinquents. *Personality and individual differences*, 169(109849), 1-15.
- Saxena, P., Grella, C. E., & Messina, N. P. (2016). Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and self-efficacy outcomes. *Women & criminal justice*, 26(2), 99-121.
- Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 148, 1-20.
- Shahbabaie, A., Golesorkhi, M., Zamanian, B., Ebrahimipour, M., Keshvari, F., Nejati, V., & Ekhtiari, H. (2014). State dependent effect of transcranial direct current stimulation (tDCS) on methamphetamine craving. *International journal of neuropsychopharmacology*, 17(10), 1591-1598.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and emotion*, 20(9), 83-102.
- Simons, R. M., Sistad, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*, 78, 1-8.
- Supreet, K. (2018). Gender differences and relationship between internet addiction and perceived social self-efficacy among adolescents. *Indian journal of health & wellbeing*, 9(1), 106-109.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). Using multivariate statistics (New International Edition ed. Vol. 6). *Edinburgh Gate, Harlow, Essex CM20 2JE: Pearson Education*.
- Taniguchi, C., Tanaka, H., Saka, H., Oze, I., Tachibana, K., Nozaki, Y., & Sakakibara, H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), 126-147.
- Vujanovic, A. A., Smith, L. J., Green, C., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2020). Mindfulness as a predictor of cognitive-behavioral therapy outcomes in inner-city adults with posttraumatic stress and substance dependence. *Addictive behaviors*, 104(106283), 15-36.
- Zegel, M., Rogers, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. *Psychology of addictive behaviors*, 35(1), 42-60.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605.