

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر افسردگی پس از درمان و خطر لغزش بیماران وابسته به مصرف شیشه

محسن شاکری نسب^۱، تکتم رحمتی^۲، مریم ربانی^۳، حمیرا ربانی^۳، مجتبی پور فرهمند^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر افسردگی پس از درمان و خطر لغزش بیماران وابسته به مصرف شیشه بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران وابسته به مصرف شیشه مراجعة کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه های افسردگی و خطر لغزش را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس در ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت و درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس باعث کاهش افسردگی و خطر لغزش در بیماران وابسته به مصرف شیشه شد. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه در زمینه بازگشت به اعتیاد بیماران وابسته به مصرف شیشه، افسردگی پس از ترک نقش کلیدی دارد، می توان از درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس در خصوص اثرگذاری بر افسردگی و نهایتاً کاهش خطر لغزش بیماران سود برد.

کلیدواژه ها: درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس، افسردگی، لغزش، بیماران وابسته به مصرف شیشه

۱. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. پست الکترونیکی: shakerinasabmohsen@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

۴. کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

۵. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

مقدمه

در عصر حاضر الگوی مصرف مواد مخدر در بین افراد وابسته تغییر نموده و به سمت مصرف مواد صنعتی پیش می‌رود که این موضوع می‌تواند تهدید جدی برای سلامت اجتماعی محسوب گردد (هیکینن تایپال، تنسکانن و تیونن^۱، ۲۰۲۳). مواد صنعتی به گروهی از مواد مخدری گفته می‌شود که با اعمال تغییرات شیمیایی بر روی مواد طبیعی تولید می‌شود و می‌تواند وابستگی جسمانی و روانی بیشتری داشته باشد؛ به همین دلیل افراد وابسته به این نوع از مواد با مشکلات بیشتری در زمینه درمان روبرو می‌شوند (حیب زاده، هاشمی و رضایی، ۱۴۰۱). شیشه^۲ که در گروه مواد صنعتی قرار می‌گیرد، ماده محرک و توهمندی ای است که به تدریج جایگزین مواد مخدر طبیعی شده است (قره داغی، یحیی زاده پیر سرایی، ذکایی و آقابخشی، ۱۴۰۱). این ماده محرک، از نظر ساختاری شباهت زیادی به آمفاتامین و ناقل عصبی دوپامین^۳ دارد که روی ناقل‌های عصبی مونوآمین^۴ مغز تأثیر می‌گذارد و منجر به حس هوشیاری، افزایش انرژی و سرخوشی می‌شود، به همین دلیل افراد مصرف کننده درجهت تجربه مجدد این احساسات، مصرف این ماده را سر می‌گیرند (لیو، ژاو، ژاو و وانگ^۵، ۲۰۲۱). مبتنی بر شواهد پژوهشکی می‌توان گفت که چون مصرف شیشه به شدت بر سیستم دوپامئریک^۶ مغز تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد اوج لذت بلا فاصله پس از مصرف می‌گردد، وابستگی به این ماده بسیار زیاد است؛ به طوری که برخی از معتادان با مصرف یک دوره کوتاه، دچار وابستگی می‌شوند (چن، یانگ، بیر و ساوان^۷، ۲۰۲۳). همچنین، مصرف مواد منجر به پیامدهای جسمانی و روانی قابل توجهی شده و نتایج جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (عامری، ۱۴۰۱). علاوه بر این، مصرف شیشه به دلیل دریافت تجربه لذت بالاتر نسبت به دیگر مواد و تأثیری که بر گیرنده‌های مغز می‌گذارد، امکان وابستگی بیشتر و سریع‌تر را ایجاد می‌نماید و باعث می‌شود تا فرد حتی پس از قطع ماده مصرفی با مشکلات روان‌شناختی

۱۱۴

114

۱. Heikkinen, Taipale, Tanskanen & Tiihonen
2. crystal
3. dopamine
4. monoamine
5. Liu, Zhao, Zhao & Wang
6. dopaminergic
7. Chen, Yang, Beier & Sawan

زیادی روبرو شود که یکی از این مشکلات افسردگی^۱ پس از ترک است (لوان، چن، ژانگ و هی، ۲۰۱۸).

در خصوص افسردگی پس از ترک در محرک شیشه می‌توان به این نکته اشاره نمود که وجود خلق منفی و احساس افسردگی بعد از قطع ماده مصرفی، می‌تواند ناشی از عدم تحریک گیرنده‌های پاداش مغز باشد که پیش‌تر به واسطه ماده محرک ایجاد شده است (رن، لوان، ژانگ و هی، ۲۰۱۷). احساس افسردگی نوعی احساس غم توانم با ناتوانی است که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی اختلالات روانی امریکا^۴، غمگینی شدید و ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت تعریف شده است که می‌تواند با نشانه‌های خلقی همچون غم، فقدان مسرت و از بین رفتن شادی؛ نشانه‌های شناختی شامل افکار منفی درباره خود و آینده، ضعف عزت نفس و نامیدی؛ نشانه‌های انگیزشی شامل ناتوانی در تصمیم‌گیری و کندی روانی حرکتی و نشانه‌های جسمانی شامل تغییرات وزن، اختلال خواب و کاهش میل جنسی مشخص گردد (گلبرگ خناچاه، خسرو‌جواید، کافی ماسوله، میرزا جانی و مهدوی روشن، ۱۳۹۹). شواهد نشان می‌دهد افراد تحت درمان مواد محرک عموماً بعد از قطع ماده مصرفی با علائم افسردگی زیادی روبرو می‌شوند و این افسردگی باعث می‌شود تا انرژی و توان آن‌ها در خصوص ادامه درمان کاهش یابد و بعضًا نتوانند پروسه درمان خود را با موفقیت پیش ببرند (هی، ژاو، پینگ و ژاو، ۲۰۲۲). از آنجاکه مواد محرکی همچون شیشه باعث می‌گردد تا مقدار زیادی دوپامین در مغز آزاد شود و حس لذت، انرژی بیشتر و هوشیاری را به دنبال داشته باشد، قطع مصرف می‌تواند منجر به ایجاد افسردگی در بیمار گردد (لیونگ، میکن، وانگ و مک کیتن، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد بیماران تحت درمان در صورتی که با احساس افسردگی روبرو شوند، علاوه بر اینکه از لحاظ شناختی دچار رخوت و نامیدی می‌شوند، انگیزه عمل نیز در آن‌ها کاهش یافته و نمی‌توانند درمان موفقی را پیش بگیرند؛ به همین دلیل وجود افسردگی پس از

1. depression
2. Luan, Chen, Zhao & He
3. Ren, Luan, Zhang & He
4. DSM5

5. He, Zhou, Peng & Zhao
6. Leung, Mekonen, Wang & McKitin

ترک می‌تواند موجبات لغش^۱ بیمار را فراهم نماید (دانکن، کپن، ساتن و دیتز، ۲۰۲۲). همچنین مشخص گردیده است وجود هیجانات و خلق منفی می‌تواند بر عود بیماری اعتیاد تاثیرگذارد و احتمال لغش را افزایش دهد (نوجوان، سلیمانی و عیسی زادگان، ۱۴۰۱). علاوه بر این، مشخص شده است که وجود عوامل روان‌شناختی همچون افسردگی می‌تواند از جمله عوامل مرتبط با لغش بیماران تحت درمان باشد (نعمتی سوگلی تپه و خالدیان، ۱۴۰۱).

عدم توجه به افسردگی بعد از ترک در بیماران وابسته به مواد محرك باعث می‌گردد بیماران نتوانند درمان موفقی را پیش ببرند و تلاش آنها برای دوری از مصرف با شکست‌های پی‌درپی رویرو شود و تحت تأثیر این لغش‌ها، اشتیاق به درمان کاهش یابد و بیمار مصرف مجدد مواد از سر گیرد (ونیرو، کاپریولی و شاهم، ۲۰۱۹). لغش در درمان اعتیاد اشاره به فرایند بازگشت فرد معتاد به اعمال غیرسالم گذشته خود دارد که باعث ایجاد تغییراتی در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمال او گردیده و باعث می‌شود تا بیمار به استفاده مجدد از ماده مصرفی وادر یا ترغیب شود (دنیس، ۲۰۱۶؛ به نقل از بهرامیان، ابوالقاسمی و زربخش بحری، ۱۴۰۱). هرچند در درمان اعتیاد به مواد محرك، لغش، طبیعی به نظر می‌رسد و شواهد بالینی نشان از آن دارد که بسته به نوع درمانی که پیش‌گرفته می‌شود حدود ۸۰ درصد معتادین تحت درمان، شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازخواهند گشت؛ اما نمی‌توان از این نکته غافل شد که وجود برخی ویژگی‌های خلقی می‌تواند بر میزان لغش مؤثر باشد (برزین دولت‌آبادی، فضلی و نورانی درآباد، ۱۴۰۱). چیزی که مشخص است این موضوع است که معتادین تحت درمان در طول پروسه درمان معمولاً تلاش‌های زیادی را برای پرهیز به کار می‌گیرند و مدامی که در مسیر درمان با لغش رویرو می‌شوند، دچار احساس یاس و نامیدی، شکست و ناتوانی شده و فشار روانی زیادی را متحمل می‌شوند که آنان را نسبت به ادامه مسیر درمان دلسرد می‌سازد (علمرودانی صومعه، خسروی نیا، عطادخت، بشرپور و نریمانی، ۱۳۹۸).

۱۱۶

۱۱۶

۱. Venniro, Caprioli & Shaham
۲. Duncan, Kippen, Sutton & Dietze
۳. Dennis

با توجه به اینکه در بحث درمان اعتیاد، موقیت هر رویکرد درمانی بسته به اثرگذاری آن رویکرد بر روی توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران است؛ رویکردهای درمانی مختلفی ایجاد و به کار گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر مدل ماتریکس^۱ از جمله این درمان‌هاست (جهانشاهی، ۱۳۹۹). این رویکرد در دهه ۸۰ میلادی معرفی شد و پس از گذشت حدود ۱۵ سال با تأکید بر رویکرد رفتاردرمانی شناختی و آموزش‌های خود مراقبتی در خانواده، تقویت گردید و در سال ۲۰۰۰ در درمان اعتیاد به کار گرفته شد (خدابخشی و فروزنده، ۱۴۰۱). درمان ماتریکس مداخله‌ای منسجم و ساختاری است که آموزش مهارت‌ها را با تأکید بر تفاوت‌های فردی بیماران مناسب‌سازی می‌کند و از طریق تکنیک‌های شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا توجه خود را از افکار برانگیزاننده دور سازند و با آن‌ها به چالش برخیزند (ابهر زنجانی، تورزنده جانی و امیری، ۱۳۹۹). این روش درمانی مهارت‌های درون فردی همچون کنترل افکار و سوسنگیز و مهارت‌های برون فردی همچون دوری از افراد مصرف کننده را هدف قرار داده و با تأکید بر بعد شناختی، الگوی پرهیز مدار را تقویت می‌نماید (ماگیدسون، گویز، بورنهامز، وو و کاریکو^۲، ۲۰۱۷). این روش که عموماً برای افراد وابسته به مواد محرك و روان‌گردن مورد استفاده قرار می‌گیرد علاوه بر اینکه تلاش دارد تا کاهش و ترک مصرف مواد را آموزش دهد؛ تلاش دارد مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، حل مسئله و تصمیم‌گیری، توانمندی‌های ارتباطی و مدیریت هیجانات را نیز آموزش دهد تا بیمار بتواند ضمن افزایش توانمندی‌های شناختی، رفتار خود را بهتر مدیریت نماید (کمپ، پریبستل، هاگر و کولیر^۳، ۲۰۱۹).

پیشینه پژوهش نشان از آن دارد که استفاده از روش ماتریکس به دلیل اینکه به عنوان یک رویکرد تلفیقی مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌تواند در برخی از مؤلفه‌های رفتاری و روان‌شناختی بیماران تحت درمان مؤثر باشد به طوری که پژوهش ضمیریان اول (۱۴۰۰) گویای آن بوده است که درمان ماتریکس بر افزایش خلق منفی مصرف کنندگان شیشه مؤثر بوده است و پژوهش احتمامی پویا، ممتازی، مکری، اسکندری و داداشی (۱۳۹۷) نیز

1. Treatment based on matrix model
2. Magidson, Gouse, Burnham, Wu & Carrico

3. Kamp, Proebstl, Hager & Koller

نشان داده است که درمان ماتریکس می‌تواند بر شدت اعتیاد و پیشگیری از عود مؤثر باشد. پژوهش انجام شده توسط جعفری و ساتی نژاد (۱۳۹۷) نیز نشان از آن داشته است که مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس می‌تواند منبع کنترل مصرف کنندگان شیشه را تغییر دهد و لعل مصرف و تمایل به اعتیاد را کاهش دهد. همچنین کاویانی، جاوید، بقولی و برزگر (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که استفاده از الگوی ماتریکس می‌تواند موجب کاهش افسردگی و خلق منفی بیماران تحت درمان اعتیاد گردد. پژوهش آپوی، باریتو و میرینو^۱ (۲۰۲۳) نیز نشان از آن داشته است که درمان تلفیقی شناختی رفتاری ماتریکس می‌تواند بر میزان عود بیماران وابسته به مت آمفتامین مؤثر باشد. پژوهش انجام شده توسط الیسون-دوایس، نیوسوم، جونز و وارد^۲ (۲۰۲۲) نیز نشان می‌دهد درمان‌های شناختی رفتاری طراحی شده برای بیماران وابسته به مت آمفتامین همچون ماتریکس می‌تواند موجبات موقیت درمان را فراهم نماید. پژوهش مشابه دیگری نیز که توسط آشرانی، هامبالی، اونگک و سابراما نیم^۳ (۲۰۲۰) انجام شده است نشان داده است که مدل ماتریکس در ترویج پرهیز، کاهش مصرف مت آمفتامین و عود بیماری مراجعین مؤثر بوده است. هیچانوا، ریز، آکوستا و تولیاثو^۴ (۲۰۲۰) نیز در پژوهش دیگری نشان دادند استفاده از روش‌های درمان ماتریکس می‌تواند بر افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مت آمفتامین مؤثر باشد و منجر به کاهش خلق منفی در آنان گردد.

با توجه به اینکه شواهد نشان می‌دهد بیماران وابسته به مصرف شیشه پس از ترک احساس افسردگی زیادی را تجربه می‌کنند که این خلق منفی زمینه را برای لغزش فراهم می‌کند، توجه به روش‌هایی که بتواند ضمن کاهش افسردگی از لغزش بیماری جلوگیری نماید حائز اهمیت است (دانکن و همکاران، ۲۰۲۲). درواقع در اهمیت انجام این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره داشت که چون شیشه به عنوان یک ماده محرك جدید، فرایند اثرگذاری متفاوتی نسبت به مواد مخدر طبیعی دارد؛ رویکردهای درمانی سنتی پاسخگوی

1. Apuy, Barreto & Merino
2. Elison-Davies, Newsome, Jones & Ward

3. Asharani, Hombali, Ong & Subramaniam
4. Hechanova, Reyes, Acosta & Tuliao

حل این مشکل نبوده و نیاز است که اثربخشی یک روش دیگر مورد آزمون قرار گیرد و چون شواهد پیشین نشان می‌دهد که رویکرد ماتریکس یک رویکرد تلفیقی جامع است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر متغیرهای اثرگذار بر ترک اعتیاد مواد محرك مؤثر باشد، پژوهشگر را بر آن داشته تا به تعیین تأثیر این روش درمانی بپردازد. همچنین در خصوص نوآوری پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره داشت که چون رویکرد ماتریکس در ابتدا برای درمان انفرادی تهیه شده بود و در سال‌های اخیر به عنوان روشی گروهی استفاده گردیده است (جهانشاهی، ۱۳۹۹)؛ پژوهشی که به صورت گروهی بر روی افراد مصرف کننده شیشه پرداخته باشد و بحث افسردگی بعد از ترک را هدف قرار دهد، کمتر انجام گرفته است، این موضوع می‌تواند به عنوان یک خلاصه پژوهشی مدنظر قرار گیرد. بر همین اساس این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر افسردگی پس از درمان و کاهش خطر لغزش بیماران وابسته به مصرف شیشه مؤثر است؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران وابسته به مصرف شیشه مراجعت کننده به مرکز بازتوانی اعتیاد شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱ بودند که دوره درمان جایگزین با متادون را سپری می‌کردند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۸). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس 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 رضایت برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش، قرار گرفتن در بازه سنی ۲۰ تا ۵۲ سال، تشخیص قطعی وابستگی به مصرف شیشه، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، کسب نمره بیشتر از ۷۵ در مقیاس لغزش بیماری و کسب نمره بالای ۳۱ در مقیاس افسردگی بود و ملاک‌های

خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، شرکت هم زمان در مداخله درمانی دیگر، مصرف داروهای روانپزشکی و عدم تکمیل یا مخدوش نمودن ابزارهای پژوهش بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱-پرسشنامه خطر لغزش اعتیاد: پرسشنامه خطر لغزش مصرف مواد توسط اگای، هاراگوچی، کوندو و ایکدا^۱ در سال ۲۰۰۷ طراحی و اعتباریابی شده است و شامل ۳۵ گویه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت است که از یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای مولفه‌های اضطراب و قصد مصرف (گویه‌های ۸، ۱۵، ۲۰، ۲۷، ۲۴، ۲۲، ۲۸، ۳۳)، مشکلات هیجانی (گویه‌های ۷، ۹، ۱۰، ۱۶، ۱۹، ۲۳، ۲۵، ۲۶)، اجبار برای مصرف (گویه‌های ۲، ۳۱، ۳۴، ۳۵) و فقدان انتظارات مثبت و فقدان کنترل بر مصرف (گویه‌های ۱، ۳، ۶، ۱۷، ۱۴، ۱۸) و فقدان انتظار منفی از ماده (گویه‌های ۴، ۲۹، ۳۰، ۳۲) است و ۵ آیتم هم به عنوان مقیاس دروغ‌سنج (۵، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۱) در نظر گرفته شده است. تحلیل بر اساس میزان نمره پرسشنامه بوده و حد پایین نمره ۳۰، حد متوسط نمره ۷۵ و حد بالای نمره ۱۵۰ است و در صورتی که نمرات آزمودنی بین ۴۵ تا ۳۰ باشد، احتمال لغزش در او ضعیف است و در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۵ تا ۷۵ باشد، احتمال لغزش در سطح متوسط است و در صورتی که نمرات ۷۵ تا ۱۵۰ باشد احتمال لغزش در سطح بسیار بالا قرار دارد. پایایی این مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردیده و سازندگان این مقیاس پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش نموده‌اند. در ایران نیز شاکر (۱۳۹۷) اعتبار این آزمون را مطلوب گزارش کرده و پایایی این ابزار را بر روی یک نمونه ۳۰ نفری ۰/۸۴ نموده است.

۱۲۰
120

۱۴۰، ۱۷۱، ۶۹، آزمون مخصوصی
۱۰۳، پیش‌آمد، نهاد اسلامی

1. Relapse risk scale for drug abusers (RRS)

2. Ogai, Haraguchi, Kondo & Ikeda

۲- پرسشنامه افسردگی^۱: پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۶۱ توسط بک^۲ تدوین شد و شامل ۲۱ سؤال است. آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار رده‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند؛ به این صورت که به خیلی موافق (۳) و خیلی مخالف (۰) تعلق می‌گیرد. این ابزار دارای سه مؤلفه است که مؤلفه شناختی شامل سؤالات ۱۳، ۱۴، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، مؤلفه عاطفی شامل سؤالات ۱، ۲، ۴، ۹، ۱۲ و مؤلفه جسمانی شامل سؤالات ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۱۱، ۱۸، ۱۶، ۲۱ است. در این ابزار حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداً کثر ۶۳ نشان است که نمره بین ۰ تا ۲۱ نشان‌دهنده میزان افسردگی ضعیف، نمره بین ۲۱ تا ۳۱ نشان‌دهنده میزان افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۱ نشان‌دهنده میزان افسردگی بالا است. سازنده این ابزار با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب پایایی آن با استفاده از شیوه باز آزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است (بک، ۱۹۶۱). در ایران نیز رحیمی (۱۳۹۳) اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را مورد سنجش قرار داده که ضریب پایایی آن ۰/۸۷ به دست آمده است.

روش اجرا

روند اجرای پژوهش به این صورت بوده است که پس از تکمیل پرسشنامه‌های فوق توسط کلیه بیماران وابسته به مصرف شیشه مراجعت کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر بجنورد، بیمارانی که نمره بالای ۷۵ را از مقیاس خطر لغزش و نمره بالای ۳۱ را از پرسشنامه افسردگی کسب نمودند، انتخاب شدند و از بین آن‌ها ۶۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود پژوهش را داشتند گزینش شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای دهی شدند. در ادامه گروه آزمایش به مدت ۲۴ جلسه به صورت دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته تحت درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس مطابق بسته جعفری و ساتی نژاد (۱۳۹۷) قرار گرفته و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در ادامه شرح مختصری از بسته آموزشی ارائه گردیده است که در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد رابطه حسته، چرا مواد را ترک می کنم (ترازوی تغییر)	معرفی افراد توسط خودشان به سایر اعضاء، بررسی رفتارهای ورودی کلامی و غیر کلامی شرکت کنندگان، ترغیب شرکت کنندگان به تعیین جنبه های خواشایند اولیه و ظاهرآ مثبت مصرف مواد، مشخص کردن دوام اثرات جنبه های خواشایند مصرف مواد و عوارض ناشی از ترک مواد. تکلیف: تعیین مهم ترین دلایل ترک مواد.
دوم	بررسی شروع کننده های متصروف کردن و سوسه ها. (عوامل برانگیزاننده، تلنگرهای مصرف)	بحث پیرامون شروع کننده های درونی و بیرونی مصرف مواد متوقف کردن و سوسه ها. تکلیف: مطرح کردن بر انگیزاننده های مصرف مواد، اظهار نمودن آنها و کار کردن روی تصمیم گیری برای متوقف کردن شروع کننده ها.
سوم	بررسی تکلیف، توصیف مراحل سیر بهبودی و تمرین آن	تشریح ۴ مرحله سیر بهبودی (مراحل علائم جسمانی، پرهیز اولیه، پرهیز طولانی، بازگشت به زندگی روزمره). تکلیف: تشویق افراد برای به بحث گذاشتن تجارب خود در مراحل سیر بهبودی، مشخص کردن علائم عمدۀ خود.
چهارم	بررسی تکلیف، شروع کننده های بیرونی متصروف مواد	توضیح شروع کننده های بیرونی مصرف مواد. تکلیف: تهیه لیست شروع کننده های بیرونی مصرف مواد توسط هر شرکت کننده، شناسایی شروع کننده های پرخطر بیرونی به وسیله هر شرکت کننده.
پنجم	بررسی تکلیف، شروع کننده های درونی متصروف مواد	توضیح شروع کننده های درونی مصرف مواد. تکلیف: تهیه لیست شروع کننده های درونی مصرف مواد و شناسایی شروع کننده های پرخطر درونی توسط هر شرکت کننده.
ششم	بررسی تکلیف، مشکلات عمده در بهبودی ۱: اعتماد	توضیح وقایع و مشکلات مرتبط با خانواده که در سیر بهبودی خلل ایجاد می کنند، به بحث گذاشتن مواردی از بی اعتمادی خانواده و بررسی آن درباره شرکت کنندگان.
		خاتم اداده

۱۲۲

122

۱۶۰، ۱۷۱، No ۶۹، آنالیز مذهبی اسلامی
۱۷۰، ۱۷۱، No ۶۹، آنالیز مذهبی اسلامی

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
هفتم	بررسی تکلیف، مشکلات عمدۀ در بهبودی ۲: کاهش انرژی	تکلیف: تشویق شرکت کنندگان به شناسایی بی اعتمادی و چگونگی ایجاد آن، احساسی که در آنان ایجاد می‌کند و پاسخی که به آن می‌دهند. توضیح مشکلات و موانع بهبودی مانند نداشتن انرژی و توان کار و فعالیت، کم آوردن و تخلیه شدن انرژی و نقش آنها در گرایش افراد به سمت مصرف مواد.
هشتم	بررسی تکلیف، مشکلات عمدۀ در بهبودی ۳: مصرف نابجای دارو و مواد به عنوان جایگزین	تکلیف: ثبت روزانه میزان انرژی طی یک هفته. توضیح مشکلات و موانع بهبودی مانند مصرف خودسرانه سایر داروها، مضرات آنها، انگیزه‌های افراد از مصرف.
نهم	بررسی تکلیف، توصیف وسوسه به عنوان یک برانگیزاندۀ مصرف مواد	تکلیف: ثبت روزانه داروهای استفاده شده طی یک هفته. توضیح وسوسه مصرف مواد، بررسی مشکل وسوسه در هفته گذشته بر حسب کی، کجا و چگونه؟، بررسی باورها، حالات روانی و احساسات ناراحت کننده افراد در هنگام وسوسه مصرف مواد.
دهم	بررسی تکلیف، با وسوسه چه باید کرد؟	تکلیف: یادداشت کردن موارد وسوسه خود تا جلسه بعدی. بررسی دیدگاه‌ها و راهکارهای افراد در هنگام وسوسه، ارائه و توصیف راهکارهای کلی دوری از وسوسه، ارائه تکلیف به اعضاء در مورد برانگیزاندۀ راهکارهای مقابله با آنها.
یازدهم	بررسی تکلیف، راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	توضیح و بحث درباره راه‌های نادرست برخورد با وسوسه. تکلیف: راه‌های نادرست افراد در برخورد با وسوسه شناسایی و تجربه آنان بررسی شد.
دوازدهم	بررسی تکلیف، افکار، احساسات و رفتارهای زمینه‌ساز مصرف مواد، احساسات و رفتارهای زمینه‌ساز مصرف مواد در افراد و بحث در مورد آنها.	توضیح درباره افکار، احساسات و رفتارهای زمینه‌ساز مصرف مواد، بررسی افکار، احساسات و رفتارهای زمینه‌ساز مصرف مواد در افراد و بحث در مورد آنها.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
سیزدهم	بررسی تکلیف، احساس بی حوصلگی و افسردگی	توضیح درباره برخی از احساس‌های ناخوشایند و هیجان‌های منفی ناشی از قطع مصرف مواد، بررسی هیجان‌ها و احساسات درباره شرکت کنندگان و بحث در مورد واکنش‌های آنان در چین شرایطی، تشویق افراد به انجام فعالیت‌های تغیریحی و نشاط‌بخش در سیر بهبودی.
چهاردهم	بررسی تکلیف، جلوگیری از عود: شناسایی فعالیت‌های معاشرت با بستگان و دوستان.	توضیح و هشدار درباره این که عود به مصرف مواد ناگهانی اتفاق نمی‌افتد و بیشتر وقت‌ها کم کم و در اثر غفلت افراد است. ارائه و توضیح درباره فعالیت‌های منظم بازدارنده عود مانند ورزش کردن و معاشرت با بستگان و دوستان.
پانزدهم	بررسی تکلیف، جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعد کننده عود	تکلیف: فعالیت‌های خاص جلوگیری از عود در افراد. توضیح و هشدار درباره فعالیت‌های مستعد کننده عود به مصرف مواد، شناسایی برخی از فعالیت‌های مستعد کننده عود در شرکت کنندگان و تشریح نقش آن‌ها در عود به مصرف مواد. تکلیف: ثبت اجتناب از فعالیت‌های مستعد کننده عود به‌وسیله شرکت کنندگان در هر هفته.
شانزدهم	بررسی تکلیف، شغل و سیر بهبودی	توضیح درخصوص نقش جنبه‌های مثبت و منفی شاغل بودن و یکار بودن در سیر بهبودی، کمک به شرکت کنندگان جهت ایجاد تعادل بین کار و درمان
هفدهم	بررسی تکلیف، شرم و گناه	توضیح درباره احساس‌های منفی شرم و گناه افراد نسبت به خانواده، شناسایی احساس‌های منفی شرکت کنندگان در حال حاضر نسبت به خانواده، بررسی فعالیت‌ها و اقداماتی که برای جبران احساس‌های شم و گناه در نظر دارند. تکلیف: از شرکت کنندگان خواسته شد دو فعالیت ساده جبرانی انجام دهنند و جلسه بعد گزارش کنند.
هجدهم	بررسی تکلیف، مشغول و انجام کارهای متعدد.	بحث مزیت‌های فعال بودن و مشغول ماندن، با افراد در تماس بودن ماندن

۱۲۴

124

۱۶۰، ۱۷۱، No. ۶۹، آوریل ۲۰۲۳
پژوهشی اسلامی

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
نوزدهم	بررسی تکلیف، انگیزه برای بهبودی	تکلیف: گزارش ساعات شبانه‌روز در ۳ روز گذشته، برنامه‌ریزی فعالیت‌های جذاب و مفرح در آینده و راهکارهایی برای بهبود کیفیت روابط.
یستم	بررسی تکلیف، راست‌گویی	بررسی انگیزه افراد در ترک مواد، بحث درباره انگیزه روز اول ترک و رشد تدریجی آن به عنوان یک نکته اساسی.
یست و یکم	بررسی تکلیف، پاکی کامل	توضیح علل و پیامد دروغ‌گویی به عنوان جز لاینک مصرف مواد، کمک به ابراز وجود افراد برای اعتراف صادقانه به دروغ‌ها؛ راست‌گویی کلید اصلی جلوگیری از عود و شناسایی مواردی که راست‌گویی درباره آن‌ها دشوار است، توضیح پاکی کامل، بحث درباره جایگزینی سایر موارد به جای مصرف مواد مخدر و نقش آن در افزایش احتمال عود، تشویق شرکت‌کنندگان به پرهیز کامل از تمامی مواد.
یست و دوم	بررسی تکلیف، روابط جنسی اعتیاد گونه	توضیح درباره ارتباط روابط جنسی بیمارگونه و اعتیاد به مصرف مواد مخدر، نقش روابط جنسی بیمارگونه در آسیب زدن به بهبودی و عوامل زمینه‌ساز عود.
یست و سوم	پیش‌بینی عود و جلوگیری از آن	توضیح درباره قدم بعدی ترک مواد (شروع نکردن مجدد)، تعریف رفتارهای مرتبط با اعتیاد.
یست و چهارم	بررسی تکلیف، زرنگ باشید نه قوی	تمرین: از افراد خواسته شد رفتارهای مرتبط با اعتیاد، افکار، احساس‌ها و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد خود را بنویسند. نقش اراده و قوی بودن در عود، بحث در مورد افراد به ظاهر قوی اما گرفتار مواد، عود در برابر افراد زرنگ و دارای تدبیر و دوری کننده از شرایط مصرف و حالات پرخطر.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۱/۶ سال با انحراف معیار ۱/۳ و در گروه کنترل ۳۸/۸ سال با انحراف معیار ۳/۶ بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		انحراف معیار	میانگین
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
افسردگی (نمره کل)	گروه آزمایش	۳۶/۰۱	۵/۰۶	۲۸/۱۰	۵/۰۷		
مؤلفه شناختی	گروه کنترل	۳۳/۴۹	۵/۲۲	۳۴/۰۲	۵/۰۳		
مؤلفه عاطفی	گروه آزمایش	۱۲/۸	۱/۴۵	۹/۸	۱/۴۹		
مؤلفه جسمانی	گروه کنترل	۱۲/۱۲	۱/۸۴	۱۲/۳۳	۱/۸۴		
خطر لغزش (نمره کل)	گروه آزمایش	۱۱/۲۰	۱/۷۵	۹/۰۱	۲/۰۴		
مشکلات هیجانی	گروه کنترل	۱۰/۲۳	۲/۱۲	۱۱/۳۵	۱/۹۳		
قصد	گروه آزمایش	۱۱/۲۰	۱/۹۹	۹/۲۹	۱/۹۸		
فقدان انتظار	گروه کنترل	۱۰/۲۳	۲/۰۹	۱۰/۳۴	۲/۰۳		
مصرف منفی	گروه آزمایش	۸۷/۰۱	۳/۲۴	۷۶/۷۸	۳/۱۸		
فقدان کنترل بر	گروه آزمایش	۸۶/۶۴	۳/۲۸	۸۷/۶۹	۳/۳۹		
هیجانی اجبار برای	گروه آزمایش	۲۲/۲۱	۲/۱۰	۲۰/۰۱	۲/۰۷		
مصرف	گروه کنترل	۲۱/۱۱	۲/۰۱	۲۱/۱۳	۲/۰۸		
هیجانی اجبار برای	گروه آزمایش	۲۳/۱۴	۲/۱۱	۲۱/۳۰	۲/۱۶		
مصرف	گروه کنترل	۲۳/۱۸	۲/۰۹	۲۳/۹۰	۲/۱۴		
مصرف	گروه آزمایش	۱۱/۴۵	۲/۱۰	۹/۲۳	۲/۰۴		
مصرف	گروه کنترل	۱۲/۰۱	۲/۰۲	۱۲/۱۲	۲/۰۶		
مصرف	گروه آزمایش	۱۸/۱۱	۲/۱۱	۱۶/۱۱	۲/۱۶		
مصرف	گروه کنترل	۱۷/۳۲	۲/۱۳	۱۷/۴۵	۲/۱۴		
مصرف	گروه آزمایش	۱۲/۱۰	۲/۱۴	۱۰/۱۳	۲/۱۶		
معرفتی	گروه کنترل	۱۳/۰۲	۲/۱۳	۱۳/۰۹	۲/۱۳		

۱۴۰، ۱۷۱، نو۹، مه۹۰، ۲۰۲۳
 سالیانه مجله علمی پژوهشی اسلامی

۱۲۶
 ۱۲۶

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضهای آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع

داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های خطر لغزش و افسردگی دارای توزیع نرمال بودند ($p < 0.05$). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های خطر لغزش و افسردگی در آزمون لوین معنادار نبودند ($p > 0.05$)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ($p > 0.05$ ، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس آزمون، در تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر افسردگی و خطر لغزش بیماران وابسته به مصرف شیشه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس آزمون افسردگی و خطر لغزش گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	ارزش F	آماره	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطای مجدد اتا	سطح معنی‌داری	۱۲۷
اثر پیلاجی	۰/۸۵۳	۱۱/۷۴۷	۱	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶
لامبادی ویکلز	۰/۱۶۶	۱۱/۷۴۷	۱	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اثر هتلینگ	۲/۵۳۴	۱۱/۷۴۷	۱	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶
بزرگ‌ترین ریشه	۲/۵۳۴	۱۱/۷۴۷	۱	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبادی ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۷۶ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات افسردگی و خطر لغزش دو گروه

متغیر	مؤلفه ها	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	سطح معناداری	مجذور اتا
مؤلفه شناختی		۸۷/۲۱	۱	۸۷/۲۱	۶/۲۱	۰/۰۲۱	۰/۰۷۲
afsardگی	مؤلفه عاطفی	۳۳/۰۹	۱	۳۳/۰۹	۸/۹۱	۰/۰۱۱	۰/۱۳۱
مؤلفه جسمانی		۴۵/۲۱	۱	۴۵/۲۱	۵/۴۵	۰/۰۳۲	۰/۳۱۱
اضطراب و قصد		۱۵۱/۱۲	۱	۱۵۱/۱۲	۲۰/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۱
مشکلات هیجانی		۷۴/۷۴	۱	۷۴/۷۴	۴/۲۱	۰/۰۳۹	۰/۰۸۱
خطر لغزش	اجبار برای مصرف	۱۲۱/۲۱	۱	۱۲۱/۲۱	۸/۹۲	۰/۰۱۱	۰/۰۵۵
فقدان کنترل		۳۲/۲۱	۱	۳۲/۲۱	۹/۲۲۳	۰/۰۰۹	۰/۱۱۱
فقدان انتظار منفی		۹۹/۰۱	۱	۹۹/۰۱	۸/۳۲	۰/۰۱۴	۰/۰۸۷

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در افسردگی و خطر لغزش بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های افسردگی و خطر لغزش نمرات کمتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر مدل ماتریکس باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند افسردگی و خطر لغزش کمتری داشته باشند.

۱۲۸
128

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر افسردگی پس از درمان و کاهش خطر لغزش بیماران وابسته به مصرف شیشه بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ افسردگی و خطر لغزش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس با توجه به میانگین افسردگی و خطر لغزش و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش معنی‌دار این متغیرها در گروه آزمایشی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آپوی و همکاران (۲۰۲۳)، الیسون-داوایس و همکاران (۲۰۲۲)، آشرانی و همکاران (۲۰۲۰)، هیچانوا و همکاران (۲۰۲۰)، ضمیریان اول (۱۴۰۰)، کاویانی و همکاران (۱۴۰۰)، احتشامی پویا و همکاران (۱۳۹۷) و جعفری و ساتی نژاد (۱۳۹۷) همسو است که هر یک در خصوص تأثیر درمان ماتریکس بر کاهش مشکلات

۱۴۰۰، آشرانی، همکاران (۲۰۲۰)، هیچانوا و همکاران (۲۰۲۰)، ضمیریان اول (۱۴۰۰)، کاویانی و همکاران (۱۴۰۰)، احتشامی پویا و همکاران (۱۳۹۷) و جعفری و ساتی نژاد (۱۳۹۷)

بیماران تحت درمان اعتیاد اشاره داشته‌اند. بررسی‌های انجام شده در خصوص پژوهش‌های ناهمسو نیز نشان می‌دهد که پژوهش ناهمسوی در این رابطه وجود ندارد و به نظر می‌رسد این مسئله به دلیل جامعیت الگوی ماتریکس و طراحی محتوای مناسب برای بیماران وابسته به مواد محرك می‌باشد.

در تبیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر کاهش افسردگی پس از درمان، با استناد به دیدگاه زیستی و نظریه دوپامین در خصوص تأثیر مواد مخدر بر مغز می‌توان این گونه عنوان نمود که مصرف شیشه باعث می‌گردد تا مقدار زیادی دوپامین در مغز بیمار آزاد شود و حس لذت، انرژی بیشتر و هوشیاری را ایجاد نماید؛ لذا مغز پس از کنار گذاشتن ماده مصرفی، دوپامین کمتری ترشح می‌کند و نمی‌تواند حس لذت و نشاط را ایجاد کند که این موضوع باعث ایجاد احساس افسردگی می‌شود و درمان ماتریکس به دلیل تلفیق رویکرد انگیزشی، شناختی رفتاری، خانواده‌درمانی و ... این امکان را فراهم می‌کند تا بیماران بتوانند خلق منفی را با استفاده از تکنیک‌های مراقبه، ذهن‌آگاهی، ورزش و روان‌درمانی شناختی رفتاری مدیریت کرده و احساس افسردگی خود را کاهش دهند (هیچانوا و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، از آن جا که پس از ترک شیشه، مغز فرصت می‌یابد تا تحت فرآیند انعطاف‌پذیری عصبی^۱ قرار گیرد و با ایجاد اتصالات و مسیرهای عصبی جدید سازماندهی شود، این امکان برای بیمار ایجاد می‌شود تا بتواند عملکرد شناختی خود را رشد دهد و هیجانات خود را بهتر مدیریت کند؛ به همین دلیل تکنیک‌های بازسازی شناختی که در الگوی ماتریکس به کار گرفته می‌شود باعث می‌گردد تا سرعت انعطاف‌پذیری عصبی به‌واسطه افزایش کارکردهای شناختی بهبود یابد و بیمار بتواند احساس افسردگی خود را کاهش دهد (ضمیریان اول، ۱۴۰۰). بر اساس دیدگاه بک (۲۰۰۸) و نظریه شناختی، افزایش آگاهی در خصوص وجود تحریفات شناختی باعث می‌شود تا نگرش فرد در مورد موقعیت‌های زندگی اصلاح گردد؛ به همین دلیل آنچه باعث کاهش افسردگی بیماران تحت درمان الگوی ماتریکس می‌گردد، محتوایی است که بعد شناختی را هدف قرار می‌دهد، به این صورت که بیماران فرا می‌گیرند تا افکار

اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی خود را اصلاح کنند و نگرش به زندگی و تأثیر ناتوان کننده مشکل‌ها را به چالش بکشند و بتوانند خلق منفی را از خود دور کنند و از جنبه رفتاری نیز، استفاده از تکنیک برنامه‌ریزی شده در درمان ماتریکس کمک می‌نماید تا بیماران حساسیت خود را نسبت به کوچک‌ترین شکست‌ها کاهش دهند و ادراک خود منفی‌گری را از خود دور کنند و تشویق شوند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند و بدین طریق حس افسردگی خود را کاهش دهند (کاویانی و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین در تبیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر مدل ماتریکس بر کاهش خطر لغرضش می‌توان این گونه تبیین نمود که چون در الگوی ماتریکس تلاش می‌گردد تا ضمن افزایش آگاهی بیماران، توانایی شناسایی تحریفات شناختی معیوب و نهایتاً جایگزین نمودن الگوی رفتاری مناسب تقویت گردد، باعث می‌شود تا بیماران راهکارهای مناسبی را جهت خود کنترلی به دست آورند و بتوانند از بروز لغرض جلوگیری نمایند (آپوی و همکاران، ۲۰۲۳). ایس^۱ (۲۰۱۳) بر اساس نظریه شناختی رفتاری عنوان می‌نماید که اصلاح افکار ناکارآمد می‌تواند بر روی احساس و نهایتاً رفتار تأثیر مثبت گذارد و از طرفی نیز فعال‌سازی رفتاری می‌تواند بر افکار اثر گذار باشد؛ به همین دلیل چون رویکرد ماتریکس بر اساس درمان شناختی پایه گذاری شده است، مهارت‌های درون فردی همچون کنترل افکار و سوشهانگیز و مهارت‌های برون فردی و رفتاری همچون دوری از افراد مصرف کننده را هدف قرار می‌دهد و با تأکید بر بعد شناختی، الگوی پرهیز‌مدار را تقویت می‌نماید و می‌تواند توانایی بیماران را در کنترل خود افزایش داده و آنان را در مدیریت پرهیز توانمند نماید که این مسئله باعث کاهش خطر لغرض می‌گردد (ایسون-داوایس و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان این گونه تبیین نمود که چون الگوی ماتریکس مبتنی بر خود مهارت‌ورزی است و بر آموزش تکنیک‌های مدیریت کاهش ولع مصرف، مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، حل مسئله و تصمیم‌گیری، توانمندی‌های ارتباطی و مدیریت هیجانات متکی است، باعث می‌گردد تا بیماران با توانمندی‌های شناختی، رفتار

۱۳۰
130

۱۶۰، ۱۷۱، No ۶۹، آزمایشگاه
۲۰۲۳

خود را رشد داده و به مدیریت موفق درمان و کاهش خطر لغزش بیماری دست یابند (آشرانی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین از آنجا که این رویکرد درمانی دلایل لغزش بیمار را بررسی می‌نماید و در این رابطه آموزش‌های ضروری به بیمار و خانواده او داده می‌شود و با استفاده از ظرفیت‌های گروه‌های درمانی، خانواده‌درمانی، آموزش خودیاری، برنامه‌های ایجاد روحیه و تقویت مثبت و بالا بردن احساس ارزش فردی سعی در ایجاد توانمندی‌های روان‌شناختی و اجتماعی گستره بیمار در مدیریت بیماری دارد، موجبات ایجاد قطع مصرف، توانمندی‌های اجتماعی و پیشگیری از عود مجدد را فراهم می‌نماید (احتشامی پویا و همکاران، ۱۳۹۷).

در یک بیان کلی می‌توان این گونه مطرح نمود که به نظر می‌رسد چون محتوای ارائه شده در درمان ماتریکس بر اساس رویکرد شناختی، اصلاح شناختی و رسیدن به نگرش مثبت است؛ تمرينات ارائه شده به منظور شناسایی خطاهاش شناختی باعث گردیده است تا بیماران به سمت خودآگاهی و اندیشه صحیح حرکت نموده و افسردگی خود را کاهش دهند. همچنین به نظر می‌رسد استفاده از بعد حمایتی خانواده که در درمان ماتریکس مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند موجبات احساس پذیرش را در بیماران فراهم نموده و باعث افزایش خودارزشمندی بیماران گردد که این مسئله نیز بر کاهش خلق منفی آنان تأثیر گذاشته و افسردگی را کاهش داده است. از طرفی به نظر می‌رسد آنچه باعث کاهش خطر لغزش بیماران گروه آزمایش شده است، ایجاد اتحاد درمانی در الگوی ماتریکس است؛ چرا که این رویکرد همه ابعاد بیماری را مدنظر قرار داده و به طور هم‌زمان هم بر بعد روان‌شناختی و هم بر بعد اجتماعی تأکید می‌نماید و احترام متقابل میان درمانگر و بیمار را به عنوان اولین اصل پذیرش بیمار رعایت نموده و محتوای آموزشی مناسبی را در خصوص ماهیت ماده مصرفی تدارک می‌بیند و واضح است که چنین رویکرد غنی درمانی، می‌تواند توانمندی‌های بیماران را در ابعاد فردی و اجتماعی افزایش دهد و خودکنترلی بیماران را برای مقابله با لغزش افزایش دهد. درواقع به نظر می‌رسد چون درمان ماتریکس از اصول مصاحبه انگیزشی سود می‌برد، مقابله با لغزش، کنترل افکار درباره مصرف مواد و تعیین

فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت در مصرف مواد و آماده شدن برای موقعیت‌های پر خطر

در بیماران گروه آزمایش را افزایش داده است و توانمندی آنان را در مدیریت لغزش بیماری رشد داده است. همچنین استفاده از تکنیک‌های خانواده‌درمانی و تکنیک‌های ارتباطی و تکنیک‌های مراقبت از خود در این رویکرد از اهداف اصلی درمان بوده است که باعث شد بیماران گروه آزمایش ضمن شرکت در این جلسات رشد فزاینده‌ای در توانایی مدیریت رفتارهای خود آسیب‌رسان همچون مصرف مجدد مواد داشته‌اند و بتوانند خطر لغزش را مدیریت نمایند.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دشواری‌های مرتبط با اخذ مجوزهای لازم برای نمونه‌گیری و دسترسی به اعضای نمونه و عدم پیگیری تأثیر روش اجرایی اشاره نمود. در خصوص پیشنهادات پژوهش حاضر نیز پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، دوره پیگیری لحاظ گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، اثربخشی درمان ماتریکس بر افسردگی پس از درمان و خطر لغزش در مقایسه با سایر روش‌های درمانی نیز انجام پذیرد تا میزان اثربخشی آن بر دیگر رویکردهای درمانی سنجیده و با رویکرد مذکور مقایسه گردد. درمجموع به عنوان پیشنهادات کاربردی پیشنهاد می‌شود که درمان ماتریکس، به صورت الگویی مدون به مشاوران و درمانگران اعتیاد آموزش داده شود تا بتوانند در کار با بیماران، نقش تسهیل‌کننده‌گی خود را به شکل مناسب تری اینها کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود از تکنیک‌های این رویکرد درمانی به منظور کاهش افسردگی پس از درمان و خطر لغزش بیماری استفاده نمود و بدین طریق موفقیت درمان را افزایش داد؛ چراکه افسردگی پس از درمان و خطر لغزش از عمدۀ ترین عوامل شکست درمان اعتیاد به شمار می‌رود.

۱۳۲

132

۱۴۰، ۱۷۱، No ۶۹، آنالیز مفهومی
۲۰۲۳

منابع

- ابهرزنجانی، فرناز؛ توزنده جانی، حسن و امیری، مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تلفیقی ماتریکس بر خودکنترلی و تنظیم هیجان افراد سوء مصرف کننده شیشه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۳۱-۳۶ (۲۰۱).
- احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مکری، آذرخشن؛ اسکندری، ذکریا و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان.

مت آمفاتامین در شهر زنجان. مجله پیشرفت در تحقیقات پزشکی و زیست‌شناسی، ۲۶ (۱۱۷)، ۳۱-۲۱.

برزین دولت آبادی، فاطمه؛ فضلی، افسانه و نورانی درآباد، کیمیا (۱۴۰۱). مقایسه وسوسه مصرف مواد و ضعف روانی در بین افراد دارای عود مصرف و افراد تداوم‌دهنده درمان در مراکز بازپروری استان اردبیل. سیزدهمین همایش ملی علمی پژوهشی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز.

بهرامیان، حمیدرضا؛ ابوالقاسمی، شهنام و زربخش بحری، محمدرضا (۱۴۰۱). ارائه مدل عود اعتیاد بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، وسوس فکری با میانجیگری هیجان‌خواهی در معتادان خود معرف. مجله دانشکده علوم پزشکی مشهد، ۱۶ (۴)، ۱۳-۲۸.

جعفری، اصغر و ساتی نژاد، محمد (۱۳۹۷). تأثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان. مجله اعتیاد پژوهی، ۱۲ (۴۵)، ۱۸۹-۱۸۸.

جهانشاهی، عاطفه (۱۳۹۹). اهمیت درمان ماتریکس: کاهش افسردگی و وسوسه. تهران: انتشارات ماهواره.

۱۳۳
۱۳۳

حیب زاده، توحید؛ هاشمی، تورج و رضایی، اکبر (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مراقبه بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت خواب زندانیان مبتلا به سوء‌صرف مواد مخدر صنعتی. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی، ۱۱ (۲)، ۲۱-۳۵.

خدابخشی، نیره و فروزنده، الهام (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوء‌صرف مواد مخدر. مجله اعتیاد پژوهی، ۱۶ (۶۳)، ۱۹۹-۲۲۲.

دلاور، علی (۱۳۹۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش. رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی. نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۰ (۲)، ۱۷۳-۱۸۸.

شاکر، لیلا (۱۳۹۷). پیش‌بینی عود سوء‌صرف مواد بر اساس سازمان شخصت، قدرت ایگو و کیفیت روابط ابزه‌ای در افراد معتاد اقادام به ترک شهر قم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم.

شماره ۶۹، پیاپی ۲، Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

ضمیریان اول، محمد (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر رویکرد ماتریکس و روایت درمانی بر توانمندی‌های شناختی و کاهش افسردگی بیماران وابسته به شیشه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶)، ۷۰-۴۷.

علم‌دانی صومعه، سجاد؛ خسروی نیا، دبیا؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد و نریمانی، محمد (۱۳۹۸). نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. مجله اندیشه و رفتار، ۲۵(۱۴)، ۲۷-۳۶.

قره داغی، شکرالله؛ یحیی زاده پیر سرابی، حسین؛ ذکایی، محمد سعید و آقابخشی، حبیب (۱۴۰۱). فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرك. مجله اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶۶)، ۲۲۲-۱۹۳.

کاویانی، عبدالرسول؛ جاوید، حجت‌الله؛ بقولی، حسین و بزرگر، مجید (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مصاحبه انگیزشی و ماتریکس با رویکرد شناختی-رفتاری بر افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در مصرف کنندگان ماری‌جوانا. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۲(۴۵)، ۳۵-۴۸.

گلبرگ، خناچاه، مطهره؛ خسرو‌جاوید، مهناز؛ کافی ماسوله، سید موسی؛ میرزاچانی، ابراهیم و مهدوی روش، مرجان (۱۳۹۹). مروری بر تعریف، توصیف و ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی. مجله پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۲۴(۳)، ۱۳۱-۱۴۴.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. مجله اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶۴)، ۲۷۹-۳۰۷. نوجوان، نصرت؛ سلیمانی، اسماعیل و عیسی زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی. مجله اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶۵)، ۷۵-۹۶.

References

- Apuy, L. F. M., Barreto, A. B., & Merino, L. A. H. (2023). Efficacy of bupropion and cognitive behavioral therapy in the treatment of methamphetamine use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 53(3), 94-121.
- Asharani, P. V., Hombali, A., Ong, W. J., & Subramaniam, M. (2020). Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 212(5), 108-120.
- Beck, A. T. (1961). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Chen, Y. H., Yang, J., Beier, K. T., & Sawan, M. (2023). Challenges and future trends in wearable closed-loop neuromodulation to efficiently treat methamphetamine addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 44(1), 234-250.
- Duncan, Z., Kippen, R., Sutton, K., & Dietze, P. (2022). Correlates of anxiety and depression in a community cohort of people who smoke methamphetamine. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(8), 964-973.
- Elison-Davies, S., Newsome, J., Jones, A., & Ward, J. (2022). Associations between psychosocial risk factors, and changes in substance dependence and psychosocial functioning, during engagement with digital cognitive behavioral therapy for methamphetamine use: use of 'Breaking Free from Substance Abuse' by incarcerated people during the COVID-19 pandemic. *Health & Justice*, 10(1), 1-16.
- Ellis, A. (2013). Better, deeper and more enduring brief therapy: *The rational emotive behavior therapy approach*. New York: Routledge.
- He, H., Zhou, S., Peng, C., & Zhao, K. (2022). Effects of resilience on impulsivity, cognition and depression during protracted withdrawal among Chinese male methamphetamine users. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-10.
- Hechanova, M. R. M., Reyes, J. C., Acosta, A. C., & Tuliao, A. P. (2020). Psychosocial treatment for incarcerated methamphetamine users: the Philippines experience. *International journal of prisoner health*, 16(4), 343-358.
- Heikkinen, M., Taipale, H., Tanskanen, A., & Tiihonen, J. (2023). Association of pharmacological treatments and hospitalization and death in individuals with amphetamine use disorders in a swedish nationwide cohort of 13 965 patients. *JAMA psychiatry*, 80(1), 31-39.
- Kamp, F., Probstl, L., Hager, L., & Koller, G. (2019). Effectiveness of methamphetamine abuse treatment: Predictors of treatment completion and comparison of two residential treatment programs. *Drug and alcohol dependence*, 201(14), 8-15.

۱۳۵
۱۳۵

سال هفدهم شماره ۶۹، پاییز
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

- Leung, J., Mekonen, T., Wang, X., & McKetin, R. (2023). Methamphetamine exposure and depression—A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 62(9), 133-138.
- Liu, L., Zhao, W., Zhao, Y. L., & Wang, Y. (2021). Levotetrahydropalmatine: A new potential medication for methamphetamine addiction and neurotoxicity. *Experimental Neurology*, 344(2), 113-129.
- Luan, X., Chen, H., Zhao, K., & He, J. (2018). Association between serum malondialdehyde levels and depression during early methamphetamine withdrawal. *Neuroscience letters*, 687(8), 22-35.
- Magidson, J. F., Gouse, H., Burnhams, W., Wu, C. Y., & Carrico, A. W. (2017). Beyond methamphetamine: Documenting the implementation of the Matrix model of substance use treatment for opioid users in a South African setting. *Addictive behaviors*, 66(1), 132-137.
- Ogai, Y., Haraguchi, A., Kondo, A., & Ikeda, K. (2007). Development and validation of the stimulant relapse risk scale for drug abusers in Japan. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2), 174-181.
- Ren, W., Luan, X., Zhang, J., & He, J. (2017). Brain-derived neurotrophic factor levels and depression during methamphetamine withdrawal. *Journal of Affective Disorders*, 221(4), 165-171.
- Venniro, M., Caprioli, D., & Shaham, Y. (2019). Novel models of drug relapse and craving after voluntary abstinence. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 234-245.

۱۳۶
136

۱۴۰، ۱۷، نو ۶۹، آوریل ۲۰۲۳
www.ietd.pajohi.ac.ir/journal/vol17/no69/article140