

## اثر بخشی درمان های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد

مصطفی جعفری<sup>۱</sup>، سودابه بساک نژاد<sup>۲</sup>، مهناز مهرابی زاده هنرمند<sup>۳</sup>  
و یدالله زرگر<sup>۴</sup>

دریافت مقاله 01 May, 2014  
بازبینی مقاله 31 May, 2014

تاکنون درمان های روان شناختی گوناگونی برای درمان اعتیاد ارایه شده اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه ی اثربخشی مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مراحل تغییر بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی پرهیز از مواد در مردان وابسته به آمفتامین بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه کنترل، ۴۵ مرد معتاد خود معرف از میان مردان وابسته به آمفتامین مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد رازی طب، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (یک گروه مداخله مبتنی بر مدل سرپایی عمقی و گروه دیگر مداخله مدل مراحل تغییر) و گروه کنترل کاربندی شدند. گروهها قبل، بعد از اتمام درمان و ۳ ماه بعد از اتمام درمان با پرسشنامه های خودتنظیمی هیجانی، خودکارآمدی پرهیز از مواد مورد ارزیابی قرار گرفتند. دو گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه و هفته ای دوبار درمان با رویکردهای مدل سرپایی عمقی و مدل مراحل تغییر را دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه بیانگر اثربخشی هر دو مدل درمانی بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد بود. نتایج مقایسه ای بیانگر اثربخشی بیشتر و پایدارتر مدل مراحل تغییر نسبت به مدل سرپایی عمقی هم در پس آزمون و هم پیگیری سه ماهه بر خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی پرهیز از مواد بود. به نظر می رسد خودتنظیمی هیجانی برای درمان اعتیاد مهم بوده و باید خودتنظیمی هیجانی را به عنوان مکانیزم موثر بر تغییر در مداخلات بالینی در نظر گرفت.

**واژه های کلیدی:** مدل مراحل تغییر، مدل ماتریکس، خودتنظیمی هیجانی، خودکارآمدی پرهیز،

### مقدمه

مفاهیمی چون خودکنترلی، خودتنظیمی و خودکارآمدی در نظریه ی یادگیری شناختی - اجتماعی بندورا (۲۰۱۳) متغیرهایی هستند که همبستگی نیرومندی با زندگی سالم و معنادار دارند (چلیسا و

۱.دپارتمان علوم تربیتی، دانشگاه شهیدچمران، اهواز، ایران (نویسنده ی مسؤل) Mostafajafari2007@gmail.com

۲.دپارتمان علوم تربیتی، دانشگاه شهیدچمران، اهواز، ایران

۳.دپارتمان علوم تربیتی، دانشگاه شهیدچمران، اهواز، ایران

۴.دپارتمان علوم تربیتی، دانشگاه شهیدچمران، اهواز، ایران

تلهاٲنوب، و ویستا و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر بندورا افرادی که قادر باشند این توانایی‌ها را پرورش دهند می‌توانند به کمک آن از رفتارهای نامطلوب و ناسالم بسیاری اجتناب کرده و جهت مقابله با رفتارهای خطرناک محیطی موفق عمل کنند (ترنر، ۲۰۱۳). در این باره ادوارد (۲۰۰۸) به رابطه ی اعتیاد و خود مستعد<sup>۱</sup> اشاره کرده و ذکر می‌کند که "خود ضعیف، زمینه ساز گرایش به اعتیاد و ناتوانی در رهایی از آن است". در نتیجه می‌توان گفت که خودتنظیمی<sup>۲</sup> و خودکارآمدی پرهیز<sup>۳</sup> بالا به عنوان ابعاد خود می‌توانند نقش موثری در پیشگیری، مقابله، ترک و بهبودی از سومصرف مواد یا تداوم تغییرات درمانی داشته باشد (ویگمن، ۲۰۰۲). در این راستا اعتقاد هتان، بدر و فیلیپ (۲۰۰۵) بر این است که شکست بیشتر برنامه‌های مربوط به ترک اعتیاد ممکن است بخاطر در نظر نگرفتن نقش خودتنظیمی و باورهای خودکارآمدی افراد، به عنوان عاملی ضروری در تغییر رفتارهای مضر همچون اعتیاد باشد زیرا شواهد نشان می‌دهد، حدود ۷۰ تا ۷۵ درصد افراد وابسته به انواع مواد که مداخلات درمانی دریافت کرده‌اند، عود به مصرف داشته‌اند و در مقابل، خودکارآمدی اولین عامل پیش‌بینی‌کننده ترک سیگار است. نارکینگ، رایت و پارسونز (۲۰۰۶)، در مطالعه‌ای دیگر به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی معتادین می‌تواند ۰/۶۹ درصد واریانس مصرف ماری‌جوانا را پیش‌بینی کند و در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر موثر باشد. بنابراین خودکارآمدی به عنوان تعیین‌کننده ی شناختی، باید برای بهبود کارایی برنامه‌های ترک مواد، مد نظر قرار گیرد. این نتایج بیانگر اهمیت باور به خودکارآمدی پرهیز از مواد افراد وابسته به مواد در مبارزه با مشکل اعتیاد است. در نتیجه خودتنظیمی و خودکارآمدی بالا عامل مهمی در مقابله ی موثر با شرایط پرخطر و سوسه مصرف و تغییرات هیجانی در افراد وابسته به مواد به شمار می‌روند. براین اساس توجه به آنها و تشخیص راه‌های تقویت خودتنظیمی و خودکارآمدی در مداخلات ترک مواد ضرورت دارد (قربانی، ۲۰۰۸).

یکی از مدل‌های درمانی که بر افزایش خودتنظیمی تاکید دارد مدل مراحل تغییر<sup>۴</sup> است. مدل تغییر مرحله‌ای است که در دهه ی ۱۹۸۰ توسط پروچاسکا، نارکراس و دیکلمنته (۲۰۰۵) در مورد ترک مواد تدوین و ارایه شد. درمدل مراحل تغییر، خودتنظیمی با بررسی میزان غلبه بر وسوسه ی مراجع به انجام رفتار مشکل ساز و میزان خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها ارزیابی شده است (گرفیتین و بوتوین، ۲۰۰۹). اهمیت مدل مراحل تغییر برای درمان اعتیاد به قدری است که در

1. Vulnerable self  
2. Self-regulation

3. Abstinence self-efficacy believes  
4. Stages Of Change (SOC)

طول سی سال گذشته کمتر مدلی را می توان یافت که به اندازه ی آن بر درمان اعتیاد تاثیر گذاشته باشد.

مطالعات انجام گرفته در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر در مورد رفتارهای مختلف همچون درمان وابستگی به مشروبات الکلی (پروژه ی متناسب سازی درمانهای الکلیسم برای بیماران ناهمگن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷) و پیشگیری از ابتلای نوجوانان به مشروبات الکلی (لیتل و گیروین، ۲۰۰۲) مورد تایید قرار گرفته است. از طرف دیگر، درمان سرپایی عمقی یا مدل ماتریکس<sup>۲</sup> اصلی ترین مداخله ی مختص وابستگی به مواد محرک است که توسط متخصصان موسسه ی ماتریکس به عنوان روش های تجربی و عملی موثر بر پرهیز از مواد تهیه شده است و در مجموعه مداخلات موفق سرپایی برای درمان وابستگی به آمفتامین ها قرار می گیرد (راهنمای ماتریکس، ۲۰۰۶؛ به نقل از مگری، ۲۰۱۴). این مدل درمانی به مسایل درمانجویانی می پردازد که به مواد محرک، به ویژه آمفتامین و کوکائین وابسته اند. در این مدل به درمانجویان کمک می شود تا سبک زندگی رها از مواد را برای خودشان شکل دهند تا به ترک مواد و تداوم پرهیز از مواد دست یابند و پاک بمانند (مک کتاین، آدریان، ۲۰۱۳).

مطالب مشترکی که در مدل سرپایی عمقی مطرح می شود موجب حرکت و گذر آرام به سوی درمان پایدار و تداوم درمان می شود (راوسون، ۲۰۱۴). مداخلات مبتنی بر درمان سرپایی عمقی در مقایسه با سایر شیوه های درمانی، در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج این مطالعات مبنی بر تضمین مفید بودن آن بوده و کفایت آن مناسب و کافی برآورد شده است (اوبرت، پینل، ریبرت، و همکاران، ۲۰۰۴). میشل و همکاران (۲۰۱۳) نشان داند که هر دو گروه بهبود قابل توجهی را در همه ی شاخص های درمانی (وابستگی به کوکائین، علاقه به درمان، کیفیت زندگی، نمرات شدت اعتیاد و رفتارهای پرخطر) در طول ۶ ماه درمان نشان دادند اما تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان های سرپایی عمقی و سرپایی استاندارد بر شاخص های برونداد درمانی یافت نشد. در مدل سرپایی عمقی ماتریکس بر متغیرهای خودتنظیمی و تداوم تغییر نیز توجه شده است (ریتچل، شونز و نلسون، ۲۰۱۲). این مدل مرکب از مداخلات شناختی- رفتاری، آموزش روانی و گروه های حمایتی است، دارای تعداد جلسات مداخله ای زیادی بوده و بیشتر پرهیز محور و نتیجه محور بوده و بر چگونگی تغییر در مراحل تغییر توجه ندارد. تاکید اصلی مدل سرپایی عمقی، بر یادگیری و تمرین طیف وسیعی از مهارت های بهبودی است (توکلی فرد، ستوده، منصوری و آذردوست، ۲۰۱۴). با توجه به آنچه گفته

شد، هدف این پژوهش مقایسه ی مداخلات مبتنی بر مدل های مراحل تغییر و سرپایی عمقی باعث بهبودی در خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد در مردان وابسته به آمفتامین بود.

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری در پژوهش حاضر عبارت از تمامی معتادان خودمعرّف مراجعه کننده به کلینیک رازی طب برای درمان اعتیاد بود. نمونه ی آماری پژوهش با روش غربالگری و نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و شامل ۴۵ نفر از مردان وابسته به آمفتامین شهر تهران بود. این افراد به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. آموزش گروه های آزمایشی بطور جداگانه در دو روز مجزا تشکیل یافت و گروهها قبل از شروع، بعد از اتمام و سه ماه بعد از مداخله بوسیله ی مقیاس سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند<sup>۱</sup> (URICA)، پرسشنامه ی مشکلات خودتنظیمی هیجانی- رفتاری گراتز<sup>۲</sup> (DERS) و پرسشنامه ی خودکارآمدی پرهیز از مواد<sup>۳</sup> مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند (URICA)، توسط پروچاسکا، دیکلمنته و ویسر (۱۹۸۹) ساخته شده و دارای یک نمره ی کل و چهار خرده مقیاس (پیش از تامل برای ترک، تامل برای ترک عمل به ترک و تداوم تغییر) است. بوزی و همکاران (۲۰۰۵) پایایی آزمون را با محاسبه ی آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ درصد گزارش کرده اند. ویژگی های روان سنجی مقیاس سنجش تغییر بر روی نمونه ی جوانان معتاد ایرانی بررسی و پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روش تنصیف ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین اعتبار محتوای مقیاس از طریق نظر سنجی از روان شناسان متخصص اعتیاد بررسی و ۰/۷۶ گزارش شده است (جعفری، ۲۰۰۸).

پرسشنامه ی مشکلات خودتنظیمی هیجانی- رفتاری گراتز (DERS) توسط گراتز (۲۰۰۴) به منظور سنجش مشکلات تنظیم هیجانی- رفتاری تهیه و تدوین شده و دارای ۳۶ سوال چندبعدی خودگزارش دهی و ۶ خرده مقیاس تحت عنوان عدم پذیرش پاسخ های هیجانی<sup>۴</sup>، دشواری در رفتار هدفمند<sup>۵</sup>

1. University of Rhode Island Change Assessment (URICA)
2. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
3. Abstinence Self. Efficacy Scale (ASES).
4. Nonacceptance of emotional responses (NONACCEPT)
5. Difficulty engaging in goal-directed behavior (GOALS)

دشواری کنترل تکانه ها<sup>۱</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۲</sup>، محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۳</sup> و فقدان شفافیت در هیجانها<sup>۴</sup> است. این پرسشنامه مشکل در تنظیم هیجانی را نیز ارزیابی می کند (گراتز، ۲۰۰۴). در بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه ی گراتز (۲۰۰۴) همبستگی درونی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره ی کل برابر (۰/۹۳)، عدم پذیرش هیجانها (۰/۸۵) رفتارهای هدف محور (۰/۸۹)، کنترل تکانه ها (۰/۸۶)، ضعف در آگاهی هیجانی (۰/۸۰)، عدم دستیابی به استراتژی ها (۰/۸۸) و وضوح هیجانها (۰/۸۴) گزارش کرده اند. پایایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران تایید شده است (خانزاده و همکاران، ۲۰۱۴).

پرسشنامه ی خودکارآمدی پرهیز از مواد توسط مارتین گلن (۱۹۹۵) برای سنجش خودکارآمدی در سنین ۱۶ تا ۳۰ ساله ساخته شده و ۲۰ سوال دارد که توانایی اجتناب از موقعیت های هیجانی، اجتماعی و سوگ برانگیزاننده ی مصرف مواد را می سنجد. مولف، پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹۱ گزارش داده و اعتبار آن را در ارتباط با زیر گروه هایی از نمونه های مورد مطالعه ارزیابی کرده و آن را برای سنجش خودکارآمدی پرهیز از مواد، معتبر گزارش کرده است (مارتین، ۱۹۹۵). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه روی نمونه ی ایرانی توسط جعفری (۲۰۰۸) مورد تایید قرار گرفته است.

### شیوه ی اجرا

مداخله در گروه سرپایی عمقی بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان سرپایی چندجانبه اختلالات مصرف مواد محرک، ترجمه براتی و همکاران (۲۰۱۲) و در گروه مراحل تغییر بر اساس کتاب گروه درمانی معنادان، راهنمای شیوه ی درمانی مراحل تغییر (ولاسکویز، مری ماردون، ۲۰۰۷) به مدت ۱۶ جلسه انجام گرفت.

برای مقایسه ی داده ها از آنجا که یک متغیر مستقل با سطوح سه گانه و دو متغیر وابسته (خودتنظیمی، خودکارآمدی) که سه بار مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، از طرح تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و داده ها به وسیله ی بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها ارائه شده است. در جدول ۲ نیز خلاصه ی

1. impulse control difficulties (IMPULSE)  
2. Lack of emotional AWARENESS

3. Limited access to emotion regulation strategies  
4. Lack of emotional clarity

تحلیل مانکوا برای مقایسه ی میانگین خودتنظیمی و خودکارآمدی گروهها در پیش و پس آزمون را  
ارایه کرده ایم.

### جدول ۱. میانگین های خودتنظیمی و خودکارآمدی سه گروه در سه مرحله ی ارزیابی

گروه کنترل		مدل مراحل تغییر		مدل سرپایی عمقی			
sd	M	sd	M	sd	M		
۱۸٫۳	۱۰۶/۵۷	۵/۱۵	۱۰۶/۸۶	۱۰/۷۹	۱۰۶/۰۶۷	پیش	خودتنظیمی
۵/۶۹	۱۰۷/۰۲	۷/۴۰	۸۸/۵۴	۷/۷۴	۸۹/۵۳۳	پس	
۱۰/۱۰	۱۰۷/۲۳	۱۳/۵	۷۹/۹۳	۵/۷۰	۸۵/۶۰	پیگیری	
۵/۹۹	۷۰/۰۱	۷/۹۱	۶۰/۲۳	۵/۵۰	۵۳/۸	پیش	خودکارآمدی
۷/۲۲	۶۴/۲۰	۶/۳۶	۷۸/۶۰	۷/۵۵	۸۴/۲۶	پس	
۶/۹	۶۰/۵۳	۷/۶	۸۵/۰۰	۷/۸	۸۰/۹۳	پیگیری	

### جدول ۲. خلاصه ی تحلیل مانوا برای مقایسه ی میانگین خودتنظیمی و خودکارآمدی گروهها در پیش و پس آزمون

eta	Sig.	F	MS	df	SS	
۰/۵۳	/۰۰۰	۲۱/۴۶	۱۷۹۳/۳۴	۲	۳۵۸۶/۶۹	<b>خودتنظیمی</b>
۰/۰۰۴	۰/۹۳	۰/۷۳	۰/۳۱۶	۲	۰/۶۳۱	عدم پذیرش هیجانات
۰/۰۰۶	۰/۳۰	۱/۳۲	۴/۸۶	۲	۹/۷۳	ضعف در پیگیری رفتار هدفمند
۰/۱۱۷	۰/۰۹۴	۲/۵۴	۱۱/۵۳	۲	۲۳/۶۰	فقدان کنترل تکانه ها
۰/۲۱۹	۰/۰۰۹	۵/۳۴	۲۶/۴۷	۲	۵۲/۹۵	ضعف در آگاهی هیجانی
۰/۰۰۶	۰/۸۹۸	۰/۱۰۸	۰/۶۵۷	۲	۱/۳۱	ناتوانی در دستیابی به استراتژی ها
۰/۰۴۹	۰/۳۸۴	۰/۹۸۳	۵/۹۶	۲	۱۱/۹۳	فقدان وضوح هیجانی
۰/۶۰۹	۰/۰۰۰	۲۹/۵۵	۱۵۲۵/۷۴	۲	۳۰۵۱/۴۸۱	<b>خودکارآمدی</b>
۰/۳۸۶	۰/۰۰۰	۱۲/۵۹	۶۹۰/۸۲	۲	۱۳۸۱/۶۴	موقعیت های هیجانی
۰/۴۴۳	۰/۰۰۰	۱۵/۹۲	۱۹۸/۸۱	۲	۳۹۷/۶۳	موقعیت های اجتماعی
۰/۳۸۹	۰/۰۰۰	۱۲/۷۵	۱۲۵/۹۵	۲	۲۵۱/۹۱	موقعیت های سوگواری

همانطور که از داده های جدول کوواریانس استنتاج می شود، با کنترل اثر پیش آزمون که به غیر از خودتنظیمی کل، عدم کنترل تکانه ها و خودکارآمدی در موقعیت های هیجانی، بقیه اثر معناداری نداشتند، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بین مقادیر متغیرهای خودتنظیمی کل و خودکارآمدی کل تفاوت معنی داری در بین گروه ها وجود دارد. همچنین در همه ی مولفه های خودکارآمدی و

مولفه ی ضعف در کنترل هیجانی خودتنظیمی تفاوت معناداری مشاهده شده است؛ یعنی در سطح ۰/۰۰۱ در بین داده های سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد که این نتیجه بیانگر اثربخشی مداخلات در گروه های آزمایشی است. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به وسیله ی مقدار Eta قابل مشاهده است که بیشترین مقدار اتا (Eta) یا ضریب تاثیر برای خودکارآمدی کل (۰/۶۱) و خودتنظیمی (۰/۵۳) است.

برای پاسخ گویی به این سوال که آیا بین اثربخشی دو نوع درمان بر خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد تفاوت وجود دارد؟ و اینکه کدام یک از درمان های مذکور اثربخشی بیشتر بر خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد دارد؟ از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار ( $p > 0/000$ ) وجود داشت. همچنین مقایسه ی دو به دوی گروه های مبتنی بر سرپایی عمقی و مراحل تغییر در میانگین خودتنظیمی ( $p > 0/076$ ) و خودکارآمدی پرهیز از مواد ( $p > 0/016$ ) بیانگر تفاوت معنی دار برخی مولفه های خودتنظیمی هیجانی، ضعف در آگاهی هیجانی و خودکارآمدی پرهیز از مواد بین دو گروه آزمایش است. بدین شرح که میانگین خودتنظیمی گروه سرپایی عمقی در ارزیابی پس آزمون ۱ نمره ی پایین تر از میانگین گروه مراحل تغییر بود و چون کاهش بیشتر در میانگین خودتنظیمی و ضعف در آگاهی هیجانی به معنای اثربخشی بیشتر بود؛ در نتیجه برای کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی، مدل سرپایی عمقی اثربخش تر از مدل مراحل تغییر بود. همچنین میانگین خودکارآمدی پرهیز از مواد گروه سرپایی عمقی در ارزیابی پس آزمون ۷ نمره بالاتر از میانگین گروه مراحل تغییر بود که به معنای اثربخشی بیشتر مدل سرپایی عمقی نسبت به مدل مراحل تغییر بر خودکارآمدی پرهیز از مواد بود.

### بحث و نتیجه گیری

به طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله ی مبتنی بر مدل مراحل تغییر و سرپایی عمقی برای بهبود خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین مفید و موثر است زیرا نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه های آزمایشی دریافت کننده ی مداخلات مراحل تغییر و سرپایی عمقی در مقایسه با گروه کنترل، در متغیرهای وابسته که شامل خودتنظیمی و شش مولفه ی آن به همراه تداوم تغییر پرهیز از مواد بود، بهبودی معنادار و پایدارتری را در پس آزمون و پیگیری نشان دادند درحالی که تفاوت های معناداری بین اثربخشی دو مدل درمانی دیده نشد که بر اساس این

یافته ها می توان گفت مداخلات مبتنی بر مراحل تغییر و مدل سرپایی عمقی، تقریباً هم اندازه بر خودتنظیمی و تداوم تغییر موثرند.

این یافته همسو با نتایج مطالعات (اکبری و حسینی، ۲۰۱۴؛ کشاورز و عسکرپور، ۲۰۱۴؛ توکلی و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریتچل، ۲۰۱۲؛ ست، فرانچسکا، کوین، ۲۰۱۱) است که نتیجه گرفته اند درمان سرپایی عمقی می تواند برای بهبود خودتنظیمی افراد معتاد موثر واقع شود (جوزف و همکاران، ۲۰۰۵). این نتیجه را بدینگونه می توان تبیین کرد که یادگیری رفتار جدید و مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد بوجود می آورد. همچنین به نظر می رسد مکانیزم مسوول برای موفقیت درمان سرپایی عمقی، اکتساب و کاربرد مهارت های مقابله ای شناختی و رفتاری جدید باشد که کسب مهارت های مقابله ای، منجر به موفقیت در برابر فشارهای درونی یا بیرونی برای مصرف گشته و انباشتگی موفقیت ها، باور به خودکارآمدی را در افراد افزایش می دهد.

همچنین در رویکرد مدل مراحل تغییر، مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام شناختی فرد به صورت نزدیکتری با واقعیت زندگی اوست، تا مسوولیت زندگی و تغییرات مورد نظر در آن را بپذیرد. بنابراین نقش خود مراجع در قبول کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان مدل مراحل تغییر است. کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام شناختی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود نه اینکه از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت های پر خطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت ها اجتناب ناپذیرند. پس با ایجاد تغییرات انگیزشی، شناختی و رفتاری براساس مدل TTM که مدل مناسبی به نظر میرسد، می توان نتایج بهتری در درمان معتادین کسب کرد. اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش، هیچ مطالعه ی مستقیم و مشخصی یافت نشده است که به مقایسه ی اثربخشی کوتاه یا دراز مدت این دو نوع درمان در مردان وابسته به آمفتامین پرداخته باشد؛ اما بعضی مطالعات مشابه (دباغی، ۲۰۰۷) وجود دارد که با نتایج مطالعات انجام شده در رابطه با اثربخشی درمان اعتیاد با مدل انگیزشی نسبت به رویکردهای دیگر، از لحاظ مقدار اثرگذاری و پایداری نتایج آن همسویی دارد. همچنین مطالعه ای که به بررسی قدرت پیش بینی کنندگی خودتنظیمی نوجوانان معتاد برای نتایج درمانی، در ارتباط با نوع درمان پرداخته بود، نتایج مشابهی را نشان داده است. فرضیه ی آنها این بود آزمودنی هایی که درمان CBT دریافت کرده بودند، در مقایسه با آنهایی که درمان آموزشی- روان شناختی دریافت کرده بودند، سطوح بالایی از خودتنظیمی را نشان خواهند داد. تبیین فرضیه آنها این بود که مکانیزم مسوول برای موفقیت درمان CBT و پیشگیری از بازگشت، اکتساب و کاربرد مهارت های مقابله ای است اما، یافته های آنها تایید کننده ی این فرضیه نبود؛ به عبارت دیگر

در تحلیل خودتنظیمی، درمان CBT امتیاز آشکاری نسبت به روش PET نشان نداد؛ یعنی در دوره های مختلف ارزیابی، جوانانی که CBT دریافت کرده بودند، نسبت به افراد دریافت کننده ی PET اطمینان به خود بالاتری برای مقابله با مصرف مواد نشان ندادند (جوزف و همکاران، ۲۰۰۵).

بطور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات صورت گرفته با رویکردهای مدل مراحل تغییر و مدل سرپایی عمقی هر دو بر کاهش مشکلات خودتنظیمی هیجانی و بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد، اثربخش هستند. همچنین یافته ی مهم این پژوهش شامل روشن شدن تفاوت بین اثربخشی دو مدل بر کاهش ضعف در آگاهی هیجانی و بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد بود. بدین شرح که برای کاهش مشکلات ضعف در آگاهی هیجانی و افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد، مدل سرپایی عمقی ماتریکس موثرتر از مدل مراحل تغییر است. همچنین مطالعه ی پیگیری انجام شده نشان داد که بطور کلی نتایج بدست آمده از مداخلات مدل سرپایی عمقی برای خودتنظیمی و خودکارآمدی، در طول سه ماه پیگیری نیز ادامه یافته و بیشتر شده بود؛ علاوه براین، در تحلیل دیگری که با هدف مقایسه ی اثربخشی نوع مداخلات بر مولفه های خودتنظیمی و خودکارآمدی انجام گرفت، یافته ها نشان داد که هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت، مدل سرپایی عمقی برای بهبود خودکارآمدی موثرتر از مدل مراحل تغییر بود.

## References

- Akbari, S., & Hussaini, S. H. (2014). Studying the Effectiveness of Group Therapy "Cognitive-Behavior" and "Stages of Change" on Craving Heroin addicts in Kabul. *The 8<sup>th</sup> International congress on addiction science*. Tehran, Iran- Razi Hall. 12-13 septambr. (Persian)
- Bandura, A. (2013). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational psychology*, 28, 117-148.
- Barati, S. F., & Hashemi, M. H. (2013). Special Adviser to guide treatment. Outpatient treatment of deep disorders treatment program matrix using drugs and amphetamines. Tehran. Welfare Organization. (Persian).
- Buzi, D., John Bazan, H., & Jorge, L. (2005). The Stages of Change Scale Among Brazilian Alcohol Dependents. *Addictive Disorders & Treatments*. 4(4):161-165.
- Chilisa, R., Tlhabano, K., Vista, C., Pheko, M., Losike, N., Mosime, S., Mpeta, K., Balogun, S. K. (2013). Self-efficacy, Self-esteem and the Intention to Practice Safe Sex among Batswana Adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*. 9, (2), P 87-95.
- Dabbaqi, (2007). The effectiveness of cognitive therapy is based (mindfulness) and activation spiritual schemes to prevent relapse in opium addicts. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (4), 375-366.(Persian).
- Edward, F. (2008). Correlates of Self-efficacy among Rural Smokers. *Journal of Health Psychology*. 13(3) 416-421.
- Ghorbani, M. (2008). Relapse prevention. A review of the behavioral model - cognitive Marley. *Addiction research*, 2 (2), 58-42.(Persian).
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

- Griffin, K.W., Scheier, L.M., Botvin, G. J. (2009). Developmental trajectories of self-esteem management skills and adolescents substance use, *Health and Addictions*, 9(1), 15-37.
- Hanan, E., Badr & Philip, M. M. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *International journal of behavioral medicine*, 12(4)273. 277.
- Jafari, M., Shahidi, S., & Abedin, A. (2008). Compare the efficacy of cognitive-behavioral treatment and improving the efficacy of abstinence among young people addicted son. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 1, 7, 12-1.(Persian).
- Joseph, A., Burleson, T., & Yifrah, K. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30, 1751-1764.
- Keshavarzi, A., & Askarpoor, A. (2014). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Relapse Reduction of Methamphetamine Addicts. *The 8<sup>th</sup> International congress on addiction science*. Tehran, Iran- Razi Hall.12-13 septembr. (Persian)
- Khanzadeh, Saeidian, Hussein, Ch., & edris, H. (2014). Validate the psychometric properties of the questionnaire emotional self-regulation problems. *Journal of Psychology of Exceptional*, 10, 32-21. (Persian).
- Mark, D. L. (2013). Contingency management and self-efficacy enhancement in marijuana treatment. Annual Meeting Supplement. *Behavioral Sciences*, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT. 06030-3910; litt@nso.uhc.edu
- Martin, G. W., Wilkinson, D. A. (1995). The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale. (DASES).*Journal of Substance Abuse*.7(2):151-63.
- Matrix Manual, (2006). Counselor's Treatment Manual. Matrix Intensive Outpatient Treatment for People with Stimulant Use Disorders DHHS Publication No. (SMA) 07, 4,152-168.
- McKetin, R., Adrian, J., Dunlop, & Rohan, M. (2013). Treatment outcomes for methamphetamine users receiving outpatient counselling from the Stimulant Treatment Program in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 32, 80-87.
- Michael, T., French, M., Christopher, R. (2013). Outpatient Marijuana Treatment for Adolescents: Economic Evaluation of a Multisite Field Experiment. *Evaluation Review*, 27 (4), 421-459.
- Mokri, A. (2014). Substance abuse treatment manual stimulant based on the modified matrix pattern. *Ministry of Health and Medical Education*. Office of Mental Health, Social and addiction.(Persian).
- Narking, Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18, ( 7), 839-845.
- Obert, S., Pennell, C., Reiber, D., Vandersloot, J., Zweben, & The Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. (2004). A Multi-Site Comparison of Psychosocial Approaches for the Treatment of Methamphetamine Dependence. *Addiction*, 99, 708-717.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1989). Stages and processes of self-change of smoking:Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2005). Stages of change: Prescriptive guidelines. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill III, (Eds.). *Psychologists' Desk Reference (2nd ed.)*, pp. 226-231.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Rawson, R. A. (2014). Person Centered Care: A Key Concept in Treatment for ATS Users. *The 8<sup>th</sup> International congress on addiction science*. Tehran, Iran- Razi Hall. (Persian)
- Ritschel, L. A., Cheavens, J. S., & Nelson, J.(2012). Dialectical Behavior Therapy in an Intensive Outpatient Program With a Mixed-Diagnostic Sample. *Journal of clinical psychology*, vol. 68(3), 221-235.
- Seth. R. A., Francheska, P., & Kevin, H. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Informa Healthcare offers*, 37, No. 1, 37-42.
- Tavakoli fard, M., Sotoodeh, O., Mansouri, S. S., & Azardoost, B. (2014). To compare the efficacy of cognitive-behavioral group therapy and treatment and prevention of relapse versus matrix coping strategies and relapse prevention. *Seventh National Congress of addiction*. Iran. Tehran.(Persian).
- Turner, Nigel. E. (2013). Guest Editorial: Innovations in Measurement within the Field of Addiction and Mental Health. *Int J Ment Health Addiction*.11, 3, 507-513.
- Velasquez, M. M. (2006). Drug treatment group therapy: manual therapy change process. Translator, Nooranipoor, R., and Majid, Gh. Tehran, mental publication.
- Weegmann, M. (2002b). Heinz Kohut: Addiction and the Vulnerable Self. *Psychodynamics of Addiction*. London: Whurr.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 35), pp. 47-56, 2014

**The effectiveness of treatment based on outpatient deep matrix model and stages of change on improvement of self-regulation and self-efficacy of drug abstinence**

**Jafari, Mostafa**

Shahid Chamran University, Faculty of Educational Science, Ahvaz, Iran

**Basak-Nejad, Soudabeh**

Shahid Chamran University, Faculty of Educational Science, Ahvaz, Iran

**Mehrabizadeh Honarmand, Mahnaz**

Shahid Chamran University, Faculty of Educational Science, Ahvaz, Iran

**Zargar, Yadollah**

Shahid Chamran University, Faculty of Educational Science, Ahvaz, Iran

Received: May 01, 2014

Accepted: May 31, 2014

Various psychological treatments have been provided for addiction treatment. The aim of the current study was to compare the effectiveness of treatment based on matrix deep outpatient model and stages of change on improvement of self-regulation and self-efficacy of drug abstinence in men addicted to amphetamines. For this purpose, 45 male drug abusers of amphetamines who referred to Razi addiction medicine clinic were selected, randomly, in a semi- experimental study with pre-test, post-test and in a 3 month follow up with a control group. They were assigned to two groups of experiment and control (a group intervention model based on outpatient deep matrix and other intervention stage of change model). The groups were evaluated both before and after the treatment and 3 months after the completion of treatment on emotional self-regulation, self-efficacy, and drug abstinence. The two groups of experiment underwent 16 sessions of treatment based on outpatient deep matrix model and stages of change, twice weekly. The result of multiple covariance analysis indicated the effectiveness of both models of treatment on reduction of emotional self-regulation problems and an increase in self-efficacy of drug abstinence. Comparative results indicated more effectiveness and stability in stages of change model compared to deep outpatient model in the post-test and three months follow-up on emotional self-regulation and self-efficacy of drug abstinence. It seems emotional self-regulation is important for the treatment of addiction and they consider emotional self-regulation as an effective mechanism on a change in clinical interventions.

**Keywords:** stages of change model, matrix model, emotional self-regulation, self-efficacy abstinence

*Electronic mail may be sent to: Mostafajafari2007@gmail.com*