

## بررسی کارآمدی ماتریکس درمانی بر خودکنترلی و سازگاری اجتماعی سوء مصرف کنندگان مت‌آفتامین در مقایسه با واقعیت درمانی

آمنه اوچی<sup>۱</sup>

علیرضا حیدرئی<sup>۲\*</sup>

سعید بختیارپور<sup>۳</sup>

ناصر سراج خرمی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی بر خودکنترلی و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت‌آفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین بود. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان وابسته به مت‌آفتامین، تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در زمستان ۱۳۹۷ بودند. ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابتدا خودکنترلی و سازگاری اجتماعی از طریق پرسشنامه خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴) و پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱)، ارزیابی شدند، گروه نخست، درمان ماتریکس و گروه دوم، واقعیت درمانی گروهی دریافت کردند؛ گروه سوم فقط تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بودند. متغیرها مجدداً در پس‌آزمون ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد هر دو درمان بر خودکنترلی و سازگاری اجتماعی بیماران اثر بخش بود ( $P < 0/01$ ) همچنین تفاوت اثربخشی دو درمان معنادار بود ( $P < 0/01$ ) و درمان ماتریکس در سازگاری اجتماعی اثربخشی بیشتری داشت ( $P < 0/01$ ). اما اختلاف معنی‌داری بین اثر بخشی دو درمان بر خودکنترلی وجود نداشت. با توجه به اینکه الگوی ماتریکس تلفیقی از برنامه‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش خانواده و گروه‌های همیار می‌باشد، توصیه می‌شود در درمان بیماران وابسته به مت‌آفتامین استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: ماتریکس، واقعیت درمانی، خودکنترلی، سازگاری اجتماعی، مت‌آفتامین، بوپرنورفین

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی خرمشهر-خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول، heidarie43@gmail.com)

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

۴. گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی خرمشهر - خلیج فارس می‌باشد.

## مقدمه

پس از مصرف الکل، داروهای محرک مانند مت‌آمفتامین<sup>۱</sup>، دومین سری از داروهای مصرفی غیر قانونی در جهان به شمار می‌روند و طی سالهای اخیر نیز افزایشی در استفاده از این داروها به ویژه در آسیا گزارش شده است. این افزایش مصرف به ویژه در بین اقشار خاص از جمله دانشجویان که به منظور افزایش توان شناختی خود به اینگونه مواد روی می‌آورند دیده می‌شود (اودانل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در سالهای اخیر الگوی مصرف در ایران نیز به شدت تغییر یافته و سوء مصرف کنندگان و به ویژه نسل جوان به دنبال تجربه مصرف مواد جدیدی مانند مت‌آمفتامین، کراک<sup>۳</sup> و هروئین هستند. مت‌آمفتامین در ایران به صورت کریستالیزه به نام شیشه رواج یافته و به شدت مورد سوء مصرف واقع می‌شود (حمیدی و خیران، ۱۳۹۷). مصرف متامفتامین در سطوح وابستگی با مشکلات متعدد همراه است، از جمله ایدز<sup>۴</sup>، هیپاتیت، عوارض قلبی، اختلال شناختی و عوارض برجسته روانپزشکی، مانند روانپریشی (دگنهارت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

برای کمک به بیماران وابسته در بهبود مشکلات بهداشتی-روانی، اجتماعی و خانوادگی آنها درمانهای بسیاری کاربرد دارد که از جمله آن می‌توان به درمان با داروهای متادون و بوپرنورفین اشاره کرد. بوپرنورفین<sup>۶</sup> (بوپرکسین) دارویی برای درمان اعتیاد به مواد مخدر به صورت سرپایی است. این دارو یک ماده مخدر نیمه صنعتی مشتق از تبااین<sup>۷</sup> است که خود از آلکالوئیدهای خشخاش<sup>۸</sup> دست آمده است و یک آگونیست نسبی<sup>۹</sup> به حساب می‌آید (باگلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷)، با در نظر گرفتن دامنه گسترده آسیب‌های فردی و اجتماعی سوء مصرف این گونه مواد استفاده در کنار مداخلات مختلف دارویی و طبی مداخلات روانی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله این مداخلات برنامه درمانی ماتریکس است که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پرتکل درمان مواد محرک گردیده و مداخله‌ای فشرده و ساختاری است که برای سوء مصرف کنندگان مواد محرک اجرا می‌گردد. درمان به روش ماتریکس توسط مؤسسه ماتریکس آمریکا طی مطالعات و آزمایش کاربردی، تهیه شده و برنامه کاربرد دانش در مرکز درمان سوء مصرف مواد وابسته به اداره سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روان تغییراتی در آن انجام داده و آن را مناسب این بسته آموزشی درمانی کرده است. (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). پژوهشها نشان داده است درمان دارویی اعتیاد به تنهایی پایدار نیست و نیز با توجه به گستره آسیب‌ها و درگیری‌های مختلف روانی و بدنی، تنوع اقدامات درمانی و استفاده از مداخلات مختلف طبی و روانی الزامی به نظر می‌آید. پژوهش‌های بسیاری از اثر بخشی این شیوه درمان بر افراد وابسته به مواد حمایت می‌کند. از جمله اینکه در پژوهشی نشان دادند درمان ماتریکس در افزایش خودکنترلی و در نتیجه کاهش مصرف مجدد مواد سودمند است و همچنین درمان ماتریکس می‌تواند شاخص‌های شدت اعتیاد را کاهش دهد (احتشامی پویا، ممتازی، مکری، اسکندری و داداشی، ۱۳۹۷).

1. Methamphetamine
2. O'Donnell
3. Crack
4. Acquired immune deficiency syndrome
5. Degenhardt
6. buprenorphine
7. thebaine
8. Papaver somniferum
9. partial agonist
10. Bagley

از دیگر درمان‌های موثر در درمان افراد وابسته به مواد، واقعیت‌درمانی گروهی می‌باشد. رویکرد واقعیت‌درمانی بر مبنی نظریه انتخاب<sup>۱</sup> پایه‌گذاری شده و بنیانگذار آن گلاسر<sup>۲</sup> است، این درمان بر تأمین نیازها در عین رعایت حقوق دیگران، انتخاب و کنترل در رفتار، پذیرش مسئولیت رفتار شخصی، واقعیت، توسل به عقل سلیم، قضاوت ارزشی در مورد مسئولانه بودن رفتار تأکید دارد. ویلیام گلاسر یکی از مشهورترین درمانگران در درمان انواع اعتیاد می‌باشد. او در روش درمانی واقعیت‌درمانی<sup>۳</sup> بر مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره کارآمد یا ناکارآمد بودن رفتار تأکید می‌کند (موترن<sup>۴</sup> و موترن، ۲۰۰۶). مطابق با نظریه انتخاب انسانها پنج نیاز اساسی دارند که عبارتند از: تعلق خاطر و رغبت اجتماعی<sup>۵</sup>، آزادی<sup>۶</sup>، پیشرفت و قدرت<sup>۷</sup>، تفریح<sup>۸</sup> و بقا<sup>۹</sup>. و زمانی که فردی بتواند این نیازها را برآورده کند احساس عزت نفس و شادکامی خواهد داشت. بسیاری پژوهشها حاکی از اثر بخشی این شیوه درمان بر افراد وابسته به مواد می‌باشد از جمله پژوهشی که نشان دادند واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مناسب در درمان علائم خلقی معتادان مورد استفاده قرار گیرد (جلالی و قادری، ۱۳۹۵). مطالعه دیگری، هم حاکی از تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی گروهی بر استرس، افسردگی و اضطراب سو مصرف‌کنندگان مواد بود که در دوره بازتوانی قرار داشتند (مساح، فرمانی و کرمی، ۲۰۱۵).

در رویکردهای جدید درمانی و پیشگیری از اعتیاد، شناسایی و بهبود عوامل محافظت‌کننده از جمله خودکنترلی<sup>۱۰</sup> و نیز شناسایی و کاهش عوامل خطر ساز اهمیت یافته است. خودکنترلی عبارت است از تعارض درون فردی بین منطق و هوس، شناخت و انگیزه و برنامه‌ریزی و اقدام درونی که نتیجه آن غلبه قسمت اول هر کدام از این زوجها بر قسمت دوم می‌باشد. خودکنترلی را میتوان از ابعاد گوناگون بررسی کرد. به عنوان مثال، خودکنترلی به عنوان تأخیر خوشنودی و از نظر عملیاتی طول زمانی که فرد برای رسیدن به پیامد ارزشمندتر ولی دیرآیندتر منتظر می‌ماند، توصیف شده است. نارسایی خودکنترلی با مفهوم تکانشگری همبسته است و نشانگر ناتوانی در تفکر در مورد پیامد رفتار است. تفکر در مورد پیامد ولی عمل بر اساس خوشنودی آنی به رفتار بدون پیش‌بینی می‌انجامد (استریهورن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه مصرف مواد مخدر محرک روند فرایندهای فیزیولوژیکی که از یادگیری، تصمیم‌گیری و کنترل عاطفی و رفتاری پشتیبانی می‌کنند، را مختل می‌کند، میتوان درک کرد که چرا این بیماران از قدرت خودکنترلی بسیار پایینی برخوردارند و این تغییرات در طولانی مدت ممکن است برگشت‌ناپذیر باشد (بیلر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶).

1. Choice Theory
2. Glasser
3. Reality therapy
4. Mottern
5. Love & Belonging
6. Freedom
7. Power
8. Fun
9. survival
10. Self-control skills
11. Strayhorn
12. Baler

یکی از عوارض محسوس اعتیاد اختلال در روابط اجتماعی یا همان سازگاری اجتماعی<sup>۱</sup> است. سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که از طریق تغییر دادن خود و یا محیط حاصل می‌شود. و نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که سوء مصرف کنندگان مواد به هنگام مواجهه با شرایط استرس زا محیطی فشار بیشتری را تحمل کرده که سبب می‌شود وارد چرخه معیوب شده و سازگاری اجتماعی ناکارآمدی داشته باشند (صدری دمیرچی، فیاضی، محمدی، ۱۳۹۵). بررسی‌ها نشان داده است درمان‌های گروهی به لحاظ کاهش فشار روانی آسیب وارده و احساس تعلقی که در فرد ایجاد میکنند باعث طولانی‌تر و پایدار ترشدن درمان شده اند و چنانچه این درمانها تداوم داشته باشند با فراهم آوردن محیط مناسب خانوادگی و اجتماعی اثرات آنها به مراتب محسوس تر و عمیق تر خواهند بود. لذا با در نظر گرفتن این نکته که مصرف مواد مخدر به ویژه مت‌آمفتامین علاوه بر پیامدهای فردی پیامدهای مخرب اجتماعی، در بین مصرف کنندگان ایجاد می‌کند و همچنین اهمیت درمان و کمک مصرف کنندگان برای بازگشت به زندگی عادی، و با توجه به اینکه بر اساس جستجوی پژوهشگر تاکنون مقایسه این دو درمان بر متغیرهای پژوهش، در پژوهش دیگری انجام نشده است، این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید.

### روش پژوهش

#### شرکت کنندگان و طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مردان وابسته به مت‌آمفتامین، تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین مراجعه کننده خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در زمستان ۱۳۹۷ بود. با توجه به اینکه در پژوهش‌هایی از این دست انتخاب گروه گواه خالص که هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند یا امکان پذیر نیست و یا در صورت امکان انجام، اینکه بیمار وابسته به مت‌آمفتامین که به مراکز درمانی مراجعه کرده است بدون دریافت هیچ درمانی در گروه گواه قرار بگیرد، غیر اخلاقی می‌باشد، در این پژوهش جامعه آماری بیماران تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین انتخاب شدند. جهت نمونه‌گیری از بین مراکز به صورت نمونه‌گیری در دسترس یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب شد و از بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین آن مرکز ۴۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروه‌های آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. توان آزمون بیشتر از ۰/۸، نشان دهنده کفایت حجم نمونه می‌باشد. گروه اول، درمان ماتریکس و گروه دوم، واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب دریافت کردند و گروه سوم، بدون مداخله آزمایشی مورد مقایسه قرار گرفتند. میانگین سن شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۴۵ سال بود و ملاک‌های شمول عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به مت‌آمفتامین حداقل شش ماه قبل از ورود به پژوهش، نداشتن اختلالات روانی همبود یا بیماری جسمی و روانی جدی و عدم شرکت در جلسات روان درمانی و دارو درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش، و بعد از هماهنگی با مرکز ترک اعتیاد و انتخاب آزمودنی‌ها، به جهت رعایت نکات اخلاقی رضایت آگاهانه از آن‌ها کسب و درباره محرمانگی اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. در مرحله پیش آزمون تست‌ها انجام شد.

1. social adjustment

## ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی خودکنترلی تانجی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴): مقیاس خودکنترلی در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی و همکاران به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد ساخته شد. فرم اصلی آزمون دارای ۳۵ عبارت است. فرم کوتاه دارای ۱۳ عبارت است و یک نمره کلی به دست می‌آورد. این آزمون یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز = ۱ تا بسیار زیاد = ۵). مشخص سازد هر یک از عبارات تا چه حد نشان دهنده ویژگی‌های وی است. طیف نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از خودکنترلی بیشتر آزمودنی است. بعضی عبارات فرم کوتاه مقیاس خودکنترلی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. در پژوهشی، آلفای مقیاس خودکنترلی فرم کوتاه ۱۳ گویه‌ای را معادل (۰/۸۳) و (۰/۸۵) گزارش شد (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی در ایران محاسبه و مورد تایید قرار گرفت (موسوی مقدم، هوری، امیدی، ظهیری خواه، ۱۳۹۴). پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل ۲ (۱۹۶۱): این پرسشنامه توسط بل ساخته شده است و دارای ۵ مولفه سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی می‌باشد. کل آزمون دارای ۳۲ سوال می‌باشد. و گزینه‌های آن بله و خیر و امیدانم می‌باشند. در پژوهش میکائیلی و امام زاده پایایی کل این آزمون ۰/۸۴ و روایی آن ۰/۸۰ بدست آمد. (میکائیلی و امام زاده، ۱۳۸۷). در تحقیق حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه خودکنترلی و سازگاری اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۷۹ بود، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه‌های یاد شده می‌باشد.

در این پژوهش برای گروه اول علاوه بر درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین، درمان ماتریکس بر اساس راهنمایی مداخله الگوی سرپایی عمقی مؤسسه ماتریکس (۲۰۰۶)؛ ترجمه براتی سده و هاشمی میناباد، (۱۳۹۱)، بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان سرپایی چند جانبه اختلالهای مصرف مواد محرک استفاده شد. این برنامه در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرح زیر اجرا شد.

## جدول ۱. خلاصه جلسات درمان ماتریکس

شماره جلسه	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
جلسه اول	غربالگری و ارزیابی اولیه افراد به طور انفرادی و ایجاد فضای امن و آرام	ارزیابی اولیه انجام و تاریخچه مصرف گرفته شد، سپس مهارتهای بهبودی اولیه و توقف چرخه باطل مصرف مواد توصیف شد.
جلسه دوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه کننده های بیرونی و آغازگر مصرف	ارائه تکالیف تحلیل رفتار بر اساس شناخت وسوسه کننده های بیرونی و آغازگر مصرف. در این مرحله تمرکز بر آنچه در ۳ یا ۴ روز اخیر در زمینه مواد مخدر گذشته می باشد.
جلسه سوم	آموزش فنون شناسایی وسوسه کننده های درونی و عوامل هیجانی	وسوسه کننده های درونی آغازگر مصرف و نیز عوامل هیجانی یا بی نظمی های هیجانی به عنوان راه انداز وسوسه مصرف شناسایی شد. 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.
جلسه چهارم	شناخت شیمی بدن در دوره بهبود	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 عاداتها بحث شد.

1. Tanji Self-control Inventory

2. Bell Social Adjustment Questionnaire

جلسه پنجم	شناخت اجزای روان	در این جلسه اجزای روان شامل فکر، احساس و رفتار تبیین شد و درباره چگونگی تأثیر آنها بر آغاز مصرف مواد در گذشته و آینده بحث شد.
جلسه ششم	شناخت عواملی که سبب تحریک میل به مصرف می‌شود	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 و برای جلوگیری از این بی‌نظمی‌های هیجانی و حالتی راهکارهای تغییر رفتار و گسترش سبک زندگی سالم ارائه شد.
جلسه هفتم	اهمیت اشتغال و بهبودی	در این جلسه در مورد اهمیت اشتغال و بهبودی، مشغولیت و سرگرمی سالم که سبک سلامت محور را تضمین می‌کند صحبت شد و مراجعین تشویق شدند تا برای تعمیق تغییرات به وجود آمده وارد فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی شوند. در این خصوص خانواده‌های افراد وابسته نیز با اهمیت اشتغال و سرگرمی فرد معتاد آشنا شدند
جلسه هشتم	شناخت فنون پیشگیری از لغزش	در این جلسه به عنوان حد وسط درمان که احتمال می‌رود مراجعان معتاد دچار لغزش یا وسوسه شوند، در مورد صداقت و رو راستی به هنگام لغزش صحبت شد تا بتوانند با آگاهی از این وسوسه‌ها از لغزش پیشگیری کنند و همچنین اعتماد و اتکا خود را به درمان و درمانگر افزایش دهند.
جلسه نهم	پایداری و تحکیم پاکی	هدف این جلسه در راستای پیشگیری از لغزش، تأکید بر پاکی و پرهیز کامل یا همیشگی بود؛ تا به پایداری و تحکیم پاکی به وجود آمده نائل شوند
جلسه 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 شد. علاوه بر این در مورد توجه بازگشت و شناسایی علل بازگشت به مصرف، آموزش پیشگیری از بازگشت از طریق پیشبینی فکر، وسوسه و میل صحبت شد.
جلسه یازدهم	کمک طلبی به هنگام لغزش (مهمترین جلسه حمایتی خانواده)	در این جلسه آمادگی قبلی و تأثیر آنها بر جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد تشریح و نیز کمک‌گیری از دیگران به ویژه خانواده به هنگام احتمال لغزش یا بازگشت به مصرف آموزش داده شد.
جلسه دوازدهم	شرکت در جلسات خودیار	در این جلسه نحوه آشنایی با گروه‌های خودیار آموزش داده شد و شرکت در آنها توصیه شد
جلسه سیزدهم	ارائه برنامه‌های مقابله چند منظوره	در این جلسه راهکارها جمع‌بندی و برنامه مقابله چند منظوره شامل پیش‌بینی موقعیتهای خطرآفرین و تدوین راهکار مناسب درون محور و اجتماع محور ارائه شد.
جلسه چهاردهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	در این جلسه مباحث مطرح شده در طول درمان جهت تعمیق تغییرات درمانی نتیجه‌گیری و مباحث دوره درمانی جمع‌بندی و اختتام درمان اعلام شد. ارزیابی پس از درمان انجام شد.

گروه دوم علاوه بر درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین تحت درمان به شیوه واقعیت‌درمانی گروهی قرار گرفت جلسات واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه و به شرح زیر اجرا شد. این مداخله برگرفته از کتاب گلاسر به نقل از وولبدینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) می‌باشد.

## 1. Wubbolding

## جدول ۲. خلاصه جلسات واقعیت‌درمانی

شماره جلسه	اهداف جلسات	محتوی جلسات و تکالیف
جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی	معرفی اعضاء و تعداد جلسات، تعهد کتبی جهت رازداری و ایجاد فضای امن و قابل اعتماد، هریک از اعضا هدف خود را از شرکت در جلسات ارائه نمودند ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط
جلسه دوم	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما: ما چرا رفتار میکنیم؟ ما چگونه رفتار میکنیم؟ شناخت نیازهای خود و چگونگی برآورده کردن آنها	توضیح اینکه هر چه از ما سر میزنند یک رفتار است و همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است. هدف تمام رفتارهای ما ارضا یکی از نیازهای اساسی ماست. معرفی پنج نیاز اساسی و کمک به او برای شناخت نیمرخ نیازهای خود. از بیماران خواسته شد فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به ارضای نیازهای اصلی آنها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک میکند
جلسه سوم	ارزیابی ادراک و برداشت از بیماری، تصویرهای اختصاصی دنیای مطلوب آنها کدامند و می‌توانند آنها را تغییر دهند.	پرداختن به تکلیف جلسه قبل؛ ارزیابی ادراک و برداشت بیماران از بیماریشان و عوارض و پیامدهای آن قبل از شروع بحث، معرفی ناباروری به زبان ساده، اینکه اعتیاد چیست؟ ارزیابی و ادراک و برداشت بیماران از اعتیادشان و عوارض و پیامدهای آنها را بررسی کرد.
جلسه چهارم	همه رفتارها یک رفتار کلی است انتخاب کنونی شما چیست؟	بررسی جلسات قبل و پاسخدهی به سؤالات و اشکالات؛ طرح سؤال باز برای وصل فعالیت معنی دار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موفقیت در یکی از بخشهای زندگی، به عنوان تکلیف گفته شد یک رفتار اصلی را که بر اساس آن می‌خواهید در زندگی تغییر ایجاد کنید و مولفه‌های آن را مشخص کنید.
جلسه پنجم	پر کردن گپ و شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی)، خلایق آنها چه راههایی را پیش رویشان گذاشته است	بررسی تکالیف؛ تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق دستیابی به اهداف مشخص بدون ناکام کردن دیگران؛ مشخص نمودن اهداف؛ به عنوان تکلیف گفته شد اهداف خود را تعیین کنند و هدفی را که قبل از همه می‌خواهند به آن برسند را مشخص نمایند.
جلسه ششم	چگونه تغییر ادراکهایشان به آنها کمک می‌کند تا به انتخابهای بهتری دست بزنند. تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی	معرفی هفت رفتار تخریبگر روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و...) تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی، معرفی هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق و...) و تکلیف خانه برای انجام آن در طی هفته آینده
جلسه هفتم	روان‌شناسی کنترل درونی و بیرونی چیست؟ چگونه با بکارگیری نظریه انتخاب می‌توان کیفیت ارتباط را ارتقا بخشند.	بررسی تکالیف؛ بیان این سؤال که به نظر اعضا رفتارشان تحت کنترل بیرونی یا درونی است؟ توضیحات پیرامون چگونگی کنترل رفتار با آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب، به عنوان تکلیف گفته شد فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی است و راهکارهایی جهت کنترل رفتارها ارائه نمایند.
جلسه هشتم	تهیه یک طرح عملی و انتخاب یک اقدام و تعهد بر آن.	کمک به فرد در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از بکارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی و تدوین یک طرح عملی برای تغییر بهینه عمل و فکر مرتبط با بیماری و انجام کارهای موثر و بحث پیرامون اهداف و میزان دستیابی افراد به آنها. مرور کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی؛

و گروه سوم، به عنوان گروه گواه تنها تحت درمان نگهدارنده با داروی بوپرنورفین بود. مرحله پس آزمون به کمک پرسشنامه روی سه گروه اجرا شد. و در نهایت در پایان پژوهش و پس از جمع آوری داده‌های پس آزمون برای رعایت موازین اخلاقی، گروه گواه نیز جلسات فشرده واقعیت درمانی دریافت کرد.

### نتایج:

توزیع آزمودنی‌ها بر حسب تحصیلات و سن به این شرح بود که ۱۵ نفر دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی و ۳۰ نفر فاقد مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها نیز  $30,22 \pm 4,11$  بود.

### جدول ۳. اطلاعات توصیفی

متغیر وابسته	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
کنترل	ماتریکس	پیش آزمون	۲۷/۹۳	۴/۵۵
		پس آزمون	۳۳/۷۳	۴/۷۱
	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۲۸/۹۳	۶/۳۵
		پس آزمون	۳۴/۰۱	۵/۰۳
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۶/۶۶	۵/۰۰
		پس آزمون	۲۷/۲۰	۴/۷۸
سازگاری اجتماعی	ماتریکس	پیش آزمون	۳۰/۹۳	۵/۰۲
		پس آزمون	۳۵/۲۰	۴/۹۵
	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۳۱/۱۳	۵/۳۰
		پس آزمون	۳۸/۲۰	۵/۷۷
	گروه گواه	پیش آزمون	۳۲/۵۳	۵/۰۶
		پس آزمون	۳۳/۰۶	۴/۹۴

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره برای متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. در بررسی معنی داری تفاوت گروهها (گروه آزمایش و گروه گواه) در پس آزمون نمره متغیرها، به منظور کنترل اثر پیش آزمون با توجه به طرح تحقیق اولین انتخاب تحلیل کوواریانس چند متغیری بود، اما با توجه به این که نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروهها از پیش فرضهای اصلی تحلیل کوواریانس هستند، پیش از ارایه نتایج تحلیل کوواریانس، از آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد که با توجه به سطح معنی داری مشاهده شده ( $P > 0,05$ )، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در مورد متغیرهای وابسته برقرار بود. همچنین از آزمون لون برای بررسی فرض برابری واریانس خطای متغیر وابسته استفاده شد که مطابق نتایج آن می‌توان گفت که گروهها در متغیرهای پژوهش از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند ( $P < 0,05$ ). نتیجه بررسی مفروضه یکسانی شیب رگرسیون برای



خود کنترلی ( $F=0.59$  و  $P=0.64$ ) و برای سازگاری اجتماعی ( $F=0.55$  و  $P=0.64$ )، بود که بیانگر رعایت این مفروضه می‌باشد. با توجه به رعایت مفروضه‌ها استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مجاز می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری آزمون	ارزش	F	df <sub>h</sub>	df <sub>e</sub>	sig	Eta	P
اثر پیلایی	۰/۸۳	۱۴/۲۴	۴	۸۰	<۰/۰۱	۰/۴۱	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۲۱/۲۵	۴	۷۸	<۰/۰۱	۰/۵۲	۱
اثر هتلینگ	۳/۱۰	۲۹/۴۷	۴	۷۶	<۰/۰۱	۰/۶۰	۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۰۱	۶۰/۲۹	۲	۴۰	<۰/۰۱	۰/۷۵	۱

نتایج جدول ۴ نشاد داد، هر چهار آماره چند متغیری مربوطه معنادار است. به عبارت دیگر، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0.01$ ). در ادامه با استفاده از آزمون تک متغیری تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) به بررسی اثر متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا

منابع تغییر متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P
خود کنترلی	۲۵۱/۴۸	۲	۱۲۵/۷۴	۱۲/۳۲	<۰/۰۱
سازگاری اجتماعی	۲۹۴/۸۵	۲	۱۴۷/۴۲	۲۱/۵۰	<۰/۰۱

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای همه متغیرهای وابسته معنادار است ( $P < 0.01$ ). برای مقایسه سه گروه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون LSD

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
خود کنترلی	ماتریکس و کنترل	۵/۴۴	۱/۱۸	<۰/۰۱
	واقعیت درمانی و کنترل	۴/۷۷	۱/۱۹	<۰/۰۱
	ماتریکس و واقعیت درمانی	۰/۶۷	۱/۱۷	۰/۵۶
سازگاری اجتماعی	ماتریکس و کنترل	۶/۴۲	۰/۹۸	<۰/۰۱
	واقعیت درمانی و کنترل	۳/۵۹	۰/۹۷	<۰/۰۱
	ماتریکس و واقعیت درمانی	۲/۸۳	۰/۹۵	<۰/۰۱

مطابق جدول ۶ تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه درمان ماتریکس و واقعیت درمانی در متغیر خود کنترلی و سازگاری اجتماعی معنادار شده است ( $P < 0/01$ )؛ به این معنا که هریک از دو مداخله بکار رفته بر خود کنترلی و سازگاری اجتماعی اثرگذار بوده است. همچنین تفاوت بین دو گروه درمان ماتریکس و واقعیت درمانی در متغیر سازگاری اجتماعی معنادار می‌باشد ( $P < 0/01$ ) اما در متغیر خود کنترلی معنی دار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ )؛ بنابراین این دو مداخله بر سازگاری اجتماعی آزمودنی‌ها اثر بخشی متفاوتی داشته اند که با توجه به تفاوت میانگین نمرات هریک از این گروه‌ها در پس آزمون چنین استنباط می‌گردد که تاثیر درمان ماتریکس بر سازگاری اجتماعی بیشتر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس با واقعیت درمانی نوین گروهی بر مهارتهای خود کنترلی و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به متامفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان ماتریکس بر خود کنترلی در بیماران بود که همسو با یافته‌های پیشین بود (جلالی و قادری، ۱۳۹۵ و مساح و همکاران، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته میتوان گفت مهارتهای خود کنترلی آموختنی هستند و درمانهای روان شناختی از جمله ماتریکس از طریق کاهش هیجانات منفی و ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی‌های منش موجب تغییر آسیب پذیری به خود کنترلی می‌شود (ریش، هنریگوس و چانچونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) و از آنجایی که برنامه ماتریکس از نظر محتوی، ساختار و فرایند مشابه درمان شناختی رفتاری است لذا در بررسی سوابق از این روش نیز استفاده شده است. از آنجایی که در روش ماتریکس از فنون انگیزشی استفاده می‌شود و فنون انگیزشی تأثیر زیادی در برانگیختن افراد دارد این فرضیه پژوهش را می‌توان تبیین کرد. در واقع مهارتهای خود کنترلی از طریق شناخت مشکلات و استرسورها، بارش فکری خلاقانه، تصمیم گیری‌های مشترک، مذاکره، مصالحه و روابط متقابل، مدیریت و حل تعارض، تمرکز روی اهداف قابل دسترس، درس گرفتن از شکست، پیشگیری از مشکلات و دفع بحران‌ها ارتقا می‌یابد (والش<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). به واقع درمانهای گروهی شناختی- رفتاری که درمان ماتریکس نیز از آن دسته می‌باشد، به بیماران کمک میکند تا با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند، از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزهای قوی و خود کنترلی بالاتری برای ادامه ترک داشته باشند (محمدی و کارگرشاکر، ۱۳۹۷). با در نظر گرفتن این نکته که مصرف کنندگان مت‌آمفتامین نارسا کنشوری در کارکردهای اجرایی را نشان می‌دهند، لزوم استفاده از رویکردهای درمانی مبتنی بر تغییر فرآیندهای ذهنی به جای اصلاح باورهای ناکارآمد آشکار می‌شود که یافته‌ها نشان می‌دهد درمان ماتریکس در این زمینه کار ساز است.

همچنین نتیجه پژوهش نشان داد، درمان ماتریکس بر سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مت‌آمفتامین اثر بخش است. در تبیین این یافته همسو با پژوهشهای سلیمانی و رئیسی (۱۳۹۴)، در تاج، شکیب و شکیب (۲۰۱۳) و میکلوویتز<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) می‌توان گفت با توجه به وابستگی شدید جسمی و روانی که وابستگی به مت‌آمفتامین ایجاد می‌کند و افراد وابسته از مشکلات عدیده ای در زمینه رفتاری، خانوادگی و روابط فردی و اجتماعی رنج می‌برند، مداخلات روانشناختی در کنار درمانهای دارویی ضرورت پیدا می‌کند. فرد معتاد دارای زندگی اجتماعی بوده که وابستگی به مصرف مواد، این بعد

1. Riesch, Henriques & Chanchong

2. Walsch

3. Miklowitz

از زندگی او و روابط فردی و اجتماعی اش را مختل کرده است لذا در این زمینه درمانی اثر بخش است که علاوه بر توجه به رفع وابستگی‌های فیزیکی، جنبه‌های روحی، روانی و اجتماعی افراد وابسته به سوء مصرف را شامل شود. که درمان ماتریکس چنین ویژه‌گی‌هایی را دارد. کارکرد اجتماعی و شناختی این افراد تحت تاثیر مصرف قرار گرفته و انزوای اجتماعی و افسردگی با مصرف مزمن ارتباط نزدیکی دارد (اصغری و سعادت، ۱۳۹۳). درمان بیماران مبتلا به مصرف مت‌آمفتامین نیازمند به برنامه‌های سلسله مراتبی و مبتنی بر بهبود اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌باشند. به عبارتی، درمان بیماران مصرف کننده مت‌آمفتامین بسیار دشوار و دارای فرایند پیچیده‌ای است (دژمان، رفیعی، خزائی و بهمنی، ۱۳۹۲). آنان در طی درمان دارای مشکلات همچون: پی‌گیر ضعیف درمان توسط بیماران، میزان بالای انصراف از درمان، پارانویای شدید، بی‌قراری مداوم و شدت ولع می‌باشند. درمان ساختار یافته‌ای مانند ماتریکس به دلیل شامل شدن عناصری که جلوگیری از بازگشت به مصرف، تغییرات رفتاری، ارتباطات خانوادگی، محیط‌های سالم می‌باشد، اثر بخش می‌باشد.

دیگر یافته این پژوهش حاکی از اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر خود کنترلی بیماران بود. پژوهش‌های بسیاری اثربخشی درمان مبتنی بر واقعیت درمانی را بر خود کنترلی اذعان نمودند (دسوشیو، ۲۰۰۵، لامسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، یین و هان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) این یافته را می‌توان مطابق با نظر گلاسر که معتقد است اعتیاد یک بیماری روانی نیست، بلکه راهی برای کسب لذت یا رهایی از درد است و موردی از مسئولیت‌گریزی عمیق است (ووبلدینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). کمک به افراد معتاد بر اساس تئوری انتخاب، بر این محور استوار است که مراجعان نیازهای عمده بقا، عشق، قدرت، آزادی و تفریح و نحوه ارضاء این نیازها از طریق انتخابهای مؤثر بیاموزند (تراهان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) واقعیت درمانی براساس یادگیری بنا شده است و تئوری انتخاب گلاسر به ما می‌آموزد که تنها کسی که می‌توانیم رفتارش را کنترل کنیم، خودمان هستیم و تنها روشی که به وسیله آن می‌توانیم وقایع محیطی را تحت کنترل درآوریم، انتخاب رفتار و اعمالمان می‌باشد. یک اصل مهم در تئوری انتخاب این است که ممکن است گذشته در مشکل کنونی ما نقش داشته باشد، ولی گذشته هیچ‌گاه مشکل اصلی ما نیست. صرف نظر از آن چه در گذشته اتفاق افتاده، آن چه اکنون به آن نیاز داریم، عملکرد مؤثر و برنامه ریزی در زمان حال می‌باشد و وظیفه ما انجام آن چیزی است که برای بهبود روابط بین فردی کنونی ما، مورد نیاز است. همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت‌آمفتامین بود که با یافته پیشین همسو می‌باشد (لامسون، ۲۰۰۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه واقعیت درمانی ترکیبی از عقاید وجودی و فنون رفتاری است که در آن مسئولیت‌پذیری و احساس کنترل بسیار تاکید می‌شود می‌توان چنین نتیجه گرفت که تلاش این رویکرد در مورد افراد گروه نمونه برای درک دلایل و انگیزه‌های رفتارها و ارزیابی آنها موجب شده است تا افراد وابسته به شیشه به این باور برسند که آنها خود مسئول رفتارهای شان هستند. همچنین با توجه به اینکه و سازگاری اجتماعی به عوامل مختلفی وابسته است به احتمال آموزش واقعیت درمانی توانسته است با تاکید بر توانمندی‌های افراد، داشتن هدف، خود مختاری، رفتار مسئولانه، انتخابگری و یادگیری انتخاب بهتر در جهت باور به انتخاب‌های بهتر و حس ارزشمندی، گام بردارد. به این ترتیب

1. Lamson
2. Yeun & Han
3. Wubbolding
4. Trahan

به نظر می‌رسد افراد با انجام رفتارهای جدید و داشتن احساس توانمندی و ارزشمندی خود در جهت سازگاری اجتماعی بیشتر حرکت کرده‌اند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که بین اثر بخشی درمان ماتریکس با واقعیت درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. و درمان ماتریکس اثر بخشی بیشتری بر متغیرهای وابسته داشت. با توجه به اینکه مقایسه این دو درمان روی جامعه و متغیرهای پژوهش برای نخستین بار در پژوهش حاضر انجام شده در پژوهش دیگری تکرار نشده این مقایسه کاملاً بکر بوده و در خصوص همسو بودن یا نبودن این یافته با پژوهش‌های قبلی نمیتوان اظهار نظر کرد. اما می‌توان آن را چنین تبیین کرد که در درمان ماتریکس چون از رویکردها، نظریه‌ها و فنون گوناگون انگیزشی، انسان‌گرایانه و حمایتی استفاده می‌شود و نیز با توجه به اینکه خانواده بیمار نیز در این درمان درگیر می‌شود، و همین گستردگی و جامع بودن فنون مورد استفاده در الگوی ماتریکس که تلفیقی از برنامه‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش خانواده و گروه‌های همیار می‌باشد، دلیلی بر اثر بخشی بیشتر این درمان بر متغیر سازگاری اجتماعی است می‌باشد. اما در خصوص متغیر خود کنترلی با توجه به اینکه یک ویژگی فردی است و هر دو درمان شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به شناخت همراه دارد و در برابر آن تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند فرد را از نوع تفکر برهاند و با تغییر کیفیت آگاهی افراد می‌توان دید که خودکنترلی در بیماران بهبود می‌یابد و در این مورد هر دو درمان به یک میزان اثر بخش بودند.

شرکت کنندگان پژوهش حاضر افراد وابسته به آمفتامین بدون سایر اختلالات بودند بنابراین، برای تعمیم نتایج به افرادی که سایر مواد مخدر را مصرف می‌کنند و یا از اختلالات روانی همزمان رنج می‌برند، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. با توجه به افزایش روز افزون آمار زنان معتاد در جامعه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی بر روی افراد با در نظر گرفتن نقش جنسیت آزمودنی‌ها تکرار شود.

### منابع

- احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مگری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا؛ داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین در شهر زنجان. مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۶ (۱۱۷)، ۳۱-۲۱.
- اصغری، فرهاد؛ سعادت، سجاد (۱۳۹۳). بررسی سلامت روانی معتادان به شیشه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۳)، ۱۲۰-۱۰۹.
- جعفری، مصطفی؛ بساک‌نژاد، سودابه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدالله؛ (۱۳۹۴). اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۷ (۷۴)، ۷-۲۴.
- جلالی، امیر؛ قادری، داود (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و دارو درمانی بر بهبود علائم خلقی معتادان. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۰ (۳۸)، ۱۵۰-۱۳۷.
- حمیدی، فریده؛ خیران، سلیمه. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخلات آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آمفتامین. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی؛ ۱۲ (۴۹): ۳۸-۲۳.
- دژمان، معصومه؛ رفیعی، حسن؛ خزایی، عباس؛ بهمنی، بهمن (۱۳۹۲). تجارب مردان معتاد به شیشه از مسیر درمان و بهبودی. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۰ (۳)، ۲۷۰-۲۸۰.
- سلیمانی، فاطمه؛ رئیسی، زهره (۱۳۹۴)، بررسی اثر بخشی درمان ماتریکس بر سلامت عمومی و

- سلامت اجتماعی خانواده‌های معتادان مادر و همسرشهر اصفهان، کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی، تهران، موسسه سرآمد همایش کارین.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا؛ محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. *مجله طب نظامی*؛ ۱۸ (۴): ۳۱۶-۳۲۴.
- فتاحی شنگل آباد، محمدرضا؛ میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *فصلنامه علوم پزشکی*، ۲۸ (۱)، ۵۷-۵۰.
- محمدی، اکبر؛ کارگرشاکر، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت‌آمفتامین. *فصلنامه طب انتظامی*، ۷ (۲)، ۷۵-۸۰.
- موسوی مقدم، سیدرحمت‌اله؛ هوری، سهیلا؛ امید، عباس؛ ظهیری خواه، ندا (۱۳۹۴). بررسی رابطه هوش معنوی با خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه. *فصلنامه علوم پزشکی*؛ ۲۵ (۱): ۶۴-۵۹.
- میکاییلی منیع، فرزانه؛ مددی امام زاده، زهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی - اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم دانشگاه ارومیه. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روان‌شناسی) دانشگاه تبریز*. ۳ (۱۱)، ۹۹-۱۲۱.
- Bagley, S. M. (2017). Agreement between self-report and urine drug test results in a sample patients treated with buprenorphine for opioid use disorder (Doctoral dissertation).
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in molecular medicine*, 12 (12), 559-566.
- Dargie, W., & Poellabauer, C. (2010). *Fundamentals of wireless sensor networks: theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Degenhardt, L., Degenhardt, L., Roxburgh, A., Degenhardt, L., Roxburgh, A., Black, E., ... & Degenhardt, L. (2008). The epidemiology of methamphetamine use and harm in Australia. *Drug and alcohol review*, 27 (3), 243-252.
- DeSocio, J. E. (2005). Accessing Self' development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 18 (2), 53-61.
- Dortaj, F., Shakiba, M., & Shakiba, J. (2013). The effect of cognitive-behavioral group therapy on social coping of crack abusers. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 15 (2), 59-63.
- Lamson, R. J. (2002). U.S. Patent No. 6,425,764. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Massah, O., Farmani, F., Karimi, R., Karami, H., Hoseini, F., & Farhoudian, A. (2015). Group reality therapy in addicts rehabilitation process to reduce depression, anxiety and stress. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (1), 50-44.
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Development and psychopathology*, 16 (3), 667-688.
- Mottern, A., & Mottern, R. (2006). CHOO E WEALTH: A Choice Theory Based Financial Management Program. *International Journal of Reality Therapy*, 25 (2).

- O'Donnell, A., Addison, M., Spencer, L., Zurhold, H., Rosenkranz, M., McGovern, R., ... & Kaner, E. (2019). Which individual, social and environmental influences shape key phases in the amphetamine type stimulant use trajectory? A systematic narrative review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Addiction*, 114 (1) , 24-47.
- Riesch, S. K., Henriques, J., & Chanchong, W. (2003). Effects of communication skills training on parents and young adolescents from extreme family types. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 16 (4) , 162-175.
- Strayhorn Jr, J. M. (2002). Self-control: Theory and research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (1) , 7-16.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72 (2) , 271-324.
- Trahan, M. H., Maynard, B. R., Smith, K. S., Farina, A. S., & Khoo, Y. M. (2019). Virtual reality exposure therapy on alcohol and nicotine: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 29 (8) , 876-891.
- Walsch, N. D. (2014). *Conversations with God, books 2 & 3: An uncommon dialogue*. Hampton Roads Publishing.
- Wubbolding, R. (2017). *Counselling with reality therapy*. Routledge.
- Yeun, Y. R., & Han, S. J. (2016). Effects of psychosocial interventions for school-aged children's internet addiction, self-control and self-esteem: meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, 22 (3) , 217-230.