

اثر بخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

محمدرضا فتاحی سنگل آباد^۱، مالک میرهاشمی^۲^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

سابقه و هدف: هدف اساسی این پژوهش، شناسایی تأثیر درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود. روش بررسی: این مطالعه براساس مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. نمونه متشکل از ۲۴ نفر از بیماران وابسته به مواد محرک (مت‌آمفتامین) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۲۴ نفر از بیماران انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل، گمارده شدند (گروه آزمایش= ۱۲ نفر و گروه کنترل= ۱۲ نفر). برای اندازه‌گیری متغیر وابسته از پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس و جان (۲۰۰۳) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری نشان داد درمان ماتریکس به‌طور معناداری باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر پایه نتایج تحلیل می‌توانیم نتیجه بگیریم که درمان ماتریکس می‌تواند بر افزایش تنظیم هیجانی موثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان ماتریکس، تنظیم هیجانی، مت‌آمفتامین، وابستگی به مواد.

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد صناعی به‌ویژه مت‌آمفتامین (met amphetamine) در سال‌های اخیر به مشکل جدی و بحث برانگیز تبدیل شده است (۱). سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. شمار معتادان در کشورهای غربی به میلیون‌ها نفر می‌رسد. این مشکل مصیبتی است که سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن می‌نماید. نسل حاضر بیش از هر نسل دیگر در تاریخ بشریت خود را گرفتار این مسئله کرده است. امروزه مسئله مواد مخدر در سطح جهان در ردیف چهار بحران جهانی است. هر روزه شمار قربانیان مواد مخدر افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و

اجتماعی همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را درمی‌نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد (۲،۳). مصرف‌آمفتامین و مت‌آمفتامین می‌تواند باعث افزایش بیداری، کاهش اشتها، نامنظم شدن ضربان قلب، فشارخون بالا و هیپرترمی (بالا رفتن دمای بدن) شود. آدامک (Adamec) و تریگل (Triggle) بر این باورند که افرادی که طولانی‌مدت این مواد را مصرف می‌کنند با کاهش شدید وزن، مشکلات عمده دندان پزشکی، بی‌خوابی، گیجی (confusion) و حتی رفتار خشونت‌آمیز مواجه می‌شوند (۴). در جریان تغییرات فیزیولوژیک امکان بروز آسیب‌های بدنی و عضوی به‌ویژه در افراد مسن‌تر یا دارای بیماری‌های زمینه‌ای وجود دارد و برخی مصرف‌کنندگان دچار ضایعات قلبی-عروقی، مغزی یا آسیب‌های ناشی از فشارخون بالا و یا

از دست دادن مایعات بدن (Dehydration) می‌شوند. همچنین، انقباض عروقی و مویرگی ناشی از اثرات سمپاتیکی مصرف مواد محرک با فرایند خون‌رسانی بافتی تداخل ایجاد کرده و التیام زخم‌ها را به تأخیر می‌اندازد. به همین دلیل عدم بهبودی محل‌های تزیق و زخم‌های پوستی به ویژه در انتهای اندام شایع بوده و بیماران را آزار می‌دهد. عوارض روان‌پزشکی آمفتامین‌ها عبارتند از توهم و هذیان، پرخاشگری، گوشه‌گیری، افسردگی و بی‌تفاوتی، خستگی و کاهش انرژی، رفتار تکراری و اجباری از جمله تیک و punding (ساعت‌ها با یک وسیله سرگرم می‌شوند که به نوعی تکانشی و وسواس‌گون است)، و مشکلات جنسی (۱).

با وجود تلاش‌های تحقیقاتی گسترده و تحقیقات تا این زمان، هیچ درمان دارویی موثری در ارتباط با محرک‌ها وجود ندارد. برخی از داروها شواهد اولیه از اثربخشی را نشان داده‌اند؛ از جمله دی‌سولفیرام، نالترکسون، باکلوفن، توپیرامات و...، اما هیچ‌کدام توسط سازمان‌های معتبر برای درمان وابستگی به محرک‌ها تأیید نشده است (۵). از آنجا که مهارت‌های مقابله‌ای قابل آموزش و یادگیری است، در درمان‌های شناختی-رفتاری - بر این فرض نظریه یادگیری اجتماعی تأکید می‌شود که افراد سوءمصرف کننده‌ی مواد، نیازمند فراگیری مهارت‌های انطباقی و جایگزینی روش‌های سازگارانه‌ای برای مقابله با مشکلاتشان و جستجوی لذت هستند (۶). بنابراین، مداخله شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ضروری و موردنیاز این افراد، زندگی افراد را تغییر داده و زندگی بدون مواد را به آن‌ها آموزش می‌دهد (۷). همچنین، در این رویکرد با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای توانایی فرد به‌رای کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش می‌یابد. از این رو، درمان شناختی-رفتاری، درمانی مؤثر برای افراد مبتلابه سوءمصرف مواد محسوب می‌شود. درمان ماتریکس یک روش درمانی غیر دارویی و سرپایی برای وابستگی به مصرف شیشه است. این روش که اولین بار توسط یک موسسه آمریکایی برای درمان اعتیاد به شیشه معرفی گردید تقریباً معروف‌ترین و شناخته‌شده‌ترین روش درمان اعتیاد به شیشه در سراسر دنیا است (۸).

درمان به روش ماتریکس توسط مؤسسه ماتریکس آمریکا طی مطالعات و آزمایش کاربردی در لوس‌آنجلس و کالیفرنیا 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 (۹). از سال ۱۳۸۶، درمان مواد محرک با الهام از الگوی ماتریکس در ایران پیاده سازی و اجرا شد. این برنامه به‌طور خاص مسائل مربوط به بیماران مصرف‌کننده مواد محرک، به‌ویژه مت‌آمفتامین (شیشه) و کوکائین و خانواده‌های این بیماران را هدف قرار می‌دهد. در این شیوه، با استفاده از جلسات متعدد و مداخله‌های ظریف روان‌شناختی که حداقل ۲۴ جلسه پیش‌بینی شده است، پرهیز تدریجی بیمار و تقویت حوزه‌های عملکرد روانی، اجتماعی و حرفه‌ای فرد مورد هدف قرار می‌گیرد تا مراجع به روشنی مزایای پرهیز را درک کند. جلسات مشاوره توسط پزشک، مشاور یا روان‌شناس آموزش‌دیده برگزار می‌شود و برحسب نیاز مراجع و برنامه مرکز، به صورت ۲ یا ۳ جلسه در هفته تعریف می‌شود مشارکت فعال بیمار در آن بخش اعظم جلسه را تشکیل می‌دهد. موضوع جلسات طوری برنامه‌ریزی شده است که تقریباً با مراحل که بیمار از آن‌ها می‌گذرد مطابقت داشته باشد. زمان هر جلسه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر است و هر جلسه با مروری بر دریافت‌های بیمار از جلسه قبل شروع می‌شود، با بررسی مسائل بیمار ادامه و با آموزش موضوع تعریف‌شده‌ی جلسه پایان می‌یابد (۱).

تنظیم هیجانی شامل گسترده‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (۱۰). تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۱۱). لیهی (Leahy)، تایرچ (Tirch)، ناپولیتان (Napolitano) عدم تنظیم هیجانی را به‌عنوان مشکل یا ناتوانی در دست‌وپنجه نرم کردن و مهار تجربه‌ها یا پردازش هیجان‌ها تعریف می‌کنند. عدم تنظیم هیجانی در دو قالب هیجان‌زدگی مفروط و یا بی‌هیجانی مفروط خود را نمایان می‌سازد. هیجان‌زدگی مفروط عبارت است از هرگونه افزایش یا شدت یافتن هیجان‌هایی که فرد آن‌ها را به صورت هیجان‌های ناخواسته، ناخوانده، احاطه‌گر، یا مسئله‌دار تجربه می‌کند. هرگونه افزایش هیجان که به وحشت‌زدگی، هراس، ضایعه‌های روانی، خوف یا نوعی حس وخامت اضطرابی بیانجامد ذیل این ملاک‌های طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. بی‌هیجانی مفروط تجربه‌های غیراجتماعی شدن را در بردارد، همچون دور شدن فرد از شخصیت خود یا کنده شدن از واقعیت، دوپارگی شخصیتی، یا کرختی هیجانی در بستر

تجربه‌هایی که معمولاً انتظار می‌رود با شدت و حدت فزاینده احساس شوند (۱۲).

شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی (dysregulation) نامیده می‌شود که به‌طور موقت می‌تواند باعث علائم اضطراب و احتمالاً تشدید ناراحتی، رفتار غیرقابل کنترل و یا رفتار کناره‌گیری شود. عدم تنظیم هیجانی مستمر در کودکان می‌تواند نشانه اختلال روانی در آن‌ها باشد (۱۳). طبق نظر گراس (۱۹۹۸) هیجان نامنظم شامل بسیاری از اختلالاتی می‌شود که در راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا شرح داده شده است؛ و شامل بیش از نیمی از اختلالات محور یک و تمام اختلالات محور دو DSM-V می‌شود (۱۴). تنظیم هیجانی در طیف وسیعی از اختلالات بالینی، از جمله سوء‌مصرف مواد نقش دارد (۱۵). معمولاً هیجان از پنج احساس اصلی شادی، غم، خشم، ترس و شرم مشتق می‌شود. در تنظیم هیجان‌ها، آن‌چه بیشتر از همه اهمیت دارد، این است که بتوانیم هیجان‌های بالقوه خطرناک و مخرب را کنترل کنیم (۱۶).

یافته‌های بیرامی، موحدی و میناشیری نشان داد که دانشجویان سیگاری بیش‌تر از راهبردهای تنظیم شناختی منفی استفاده می‌کنند. در مطالعه با بایی، حسنی و محمدخانی آشکار شد که آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به آزمودنی‌های پژوهش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز می‌شود. آنان به این نتیجه رسیدند که مداخله‌های آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با وسوسه مؤثر واقع شود و تلوینات کاربردی مطلوبی در زمینه درمان و پیشگیری از بازگشت سوء‌مصرف مواد داشته باشد (۱۷). در پژوهشی دیگر با عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشت (۱۹). زاهد، اله قلیلو، ابوالقاسمی و نریمانی نشان دادند که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان ۱۶ درصد از واریانس رفتار بین فردی را تبیین می‌کنند. قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده رفتار بین فردی "در جای حقیقی خود قراردادن" بود. بر اساس نتایج این مطالعه متخصصان بالینی می‌توانند از راهبردهای تنظیم هیجان برای مقابله با سوء‌مصرف مواد استفاده نمایند (۲۰). در پژوهشی با عنوان

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقاله و نگهدارنده درمان با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود معلوم شد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان نگه‌دارنده با متادون و گروه کنترل به بهبود معنی‌دار تنظیم هیجانی افراد مصرف‌کننده مواد منجر شد، ولی تفاوت معناداری بین گروه نگه‌دارنده با متادون و گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین، میزان عود به مصرف مواد در افراد شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه درمان نگه‌دارنده با متادون و گروه کنترل به‌طور معناداری کمتر بود ولی تفاوت معنی‌داری بین گروه دارودرمانی و گروه کنترل مشاهده نشد. در نتیجه درمان شناختی-رفتاری درمان مؤثری است که می‌تواند متغیرهای رفتاری و شناختی مرتبط با سوء‌مصرف مواد مانند راهبردهای تنظیم هیجانی را تغییر دهد؛ بنابراین با توجه به این یافته‌ها، برنامه‌های درمان سوء‌مصرف مواد باید این متغیرهای میانجی مصرف را هدف قرار دهد (۷).

عزیزی، میرزایی و شمس در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار نشان دادند که بین تحمل آشفتگی دانشجویان و میزان وابستگی آن‌ها به نیکوتین همبستگی منفی معناداری به دست آمد. همچنین، بین آشفتگی هیجانی دانشجویان و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری مشاهده شد. علاوه بر این، بین گروه‌های با وابستگی بالا، پایین و متوسط از نظر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری به دست نیامد. در نهایت، نتایج نشان داد که عدم وضوح هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، ارزیابی آشفتگی و جذب آشفتگی درصد معناداری از واریانس وابستگی را پیش‌بینی می‌کنند (۲۱). ترکمن و خاکساری در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان ماتریکس در بهبود کیفیت زندگی و مقابله با مشکلات در بیماران سوء‌مصرف مواد محرک (شیشه)، به این نتیجه رسیدند که درمان ماتریکس در افزایش بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات بیماران سوء‌مصرف مواد محرک مؤثر است. این پژوهش از درمان ماتریکس به‌عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران وابسته به مواد محرک حمایت می‌کند (۲۲).

قطب اظهار می‌دارد که در حال حاضر، یکپارچه کردن درمان مبتنی بر پژوهش در محیط‌های بالینی، از مهم‌ترین اولویت‌ها در درمان سوء‌مصرف مواد است. با افزایش فزاینده مصرف مورفین‌ها و به‌خصوص مت‌آفتامین‌ها در کشور و ناکامی

شیشه (مت‌آفتمین) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) منتسب شدند. با استفاده از جدول کوهن (۲۴) برای انجام پژوهش آزمایشی با دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) چنانچه سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی ۰/۵۰ اختیار شود، با انتخاب ۱۲ آزمودنی برای هر گروه می‌توان به توان آزمون برابر ۰/۶۵ دست‌یافت؛ بنابراین انتخاب ۱۲ آزمودنی برای هر گروه مناسب است.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه تنظیم هیجانی

این پرسش‌نامه توسط گراس و جان تهیه شد است. مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) هست. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۷ درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) هست. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان اباتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی از ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (۲۵). نسخه فارسی پرسش‌نامه گراس و جان در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۰/۱۳ = r) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شد (۲۶). در این پرسش‌نامه نمره ۱ تا ۳۹ نشانه تنظیم هیجانی پایین و نمره ۴۰ تا ۷۰ نشانه تنظیم هیجانی بالا است.

درمان ماتریکس

این رویکرد درمانی توسط مؤسسه ماتریکس آمریکایی مطالعات و آزمایش کاربردی (۱۹۸۰) در لوس آنجلس و کالیفرنیا تهیه شد. از سال ۱۳۸۶، درمان مواد محرک با الهام از الگوی ماتریکس در ایران پیاده‌سازی و اجرای این شیوه درمانی در مرکز مطالعات اعتیاد آغاز شد. این مؤسسه این پروتکل را اصلاح و منطبق با فرهنگ و نیازهای درمانگر و بیمار ایرانی ارائه داد (۹).

نسبی درمان نگه‌دارنده با متادون برای مهار این معضل، نیاز به یک درمان منسجم و قدرتمند روان‌شناختی که شخصیت و سبک زندگی بیماران را هدف قرار دهد، به شدت احساس می‌شود (۲۳). در مطالعه وی نتایج حاکی از ماندگاری مداخله‌های درمانی بود. در مجموع، پایین بودن تنظیم هیجانی از مشکلات اساسی افراد سوءمصرف‌کننده مواد است و این مسائل به گرایش به مصرف مواد، ناتوانی در ترک مصرف مواد منجر می‌شود. از سوی دیگر، تغییر الگوی مصرف و افزایش گرایش به مصرف مواد محرک به‌ویژه مت‌آفتمین (شیشه) در جامعه بسیار نگران‌کننده است. همان‌گونه که از تحقیقات داخلی برمی‌آید به نظر می‌رسد در ایران تحقیقات بیشتر به بررسی روابط بین تنظیم هیجانی با مصرف مواد توجه داشته‌اند و توجه اندکی به بررسی شیوه‌های درمانی مؤثر بر بهبود این توانایی‌ها در مصرف‌کنندگان داشته‌اند.

طرح درمانی ماتریکس اهداف متعددی را دنبال می‌کند. افزایش ماندگاری بیمار در درمان، افزایش زمان دور ماندن از مواد مخدر، کاهش وسوسه و میل به مصرف، کنترل مصرف خودسر داروها، توان بهتر برای کنترل رفتارهای تکانه‌ای به‌ویژه خشم، آشنایی با اثرات مواد محرک و سیر بهبودی و رهایی از آن، یادگیری مهارت‌های مقابله با وسوسه، افزایش توان برخورد با استرس و ناملایمات؛ اصلاح سبک زندگی و قانون‌مند شدن فعالیت‌های روزمره و تنظیم هیجانی و بهبود خلق را می‌توان مطرح کرد؛ بنابراین، پرسش اساسی مطرح‌شده در این مطالعه عبارت بود از: آیا درمان ماتریکس به بهبود تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آفتمین منجر می‌شود؟ فرضیه آزمون شده نیز به‌قرار زیر بود: درمان ماتریکس بر افزایش تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آفتمین مؤثر است.

مواد و روشها

این پژوهش بر مبنای مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل بیماران وابسته به مواد محرک شیشه (مت‌آفتمین) مقیم در مرکز میان مدت راهی به‌سوی نور شعبه ۱ و ۲ در سال ۱۳۹۳ بود. با توجه به دسترسی به همه جامعه و فهرست آن‌ها، با استفاده از روش تصادفی ساده یک گروه ۲۴ نفری از جامعه بیماران وابسته به مواد محرک

بسته درمانی الگوی تغییر یافته ماتریکس (ویرایش ۴)

بعد از آن که بیمار در جلسات خاص ارزیابی و مشاوره انگیزشی شرکت کرد و علاوه بر تقویت انگیزه تا حدی نیز از نظر روانی به ثبات کافی رسید، وارد جلسات ساختاری می‌شود. جلسات ساختاری از ۳ پیش جلسه و ۲۴ تا ۳۶ جلسه روان‌درمانی ساختاری با دستور جلسات معین تشکیل شده است. هر جلسه دارای نما و محتوایی از پیش تعیین شده است. درباره مجموعه جلسات توجه به نکات زیر ضروری است (۱): زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه و در جلسات گروهی ۵۰ دقیقه است که باید ثابت بماند. جلسات توسط پزشک، روان‌شناس، مشاور و یا مددکار قابل اجرا است. درمانگر باید برای تمام دوره ثابت باشد و از تعویض درمانگر جداً خودداری شود. لازم است در مانگر دوره آموزش خاص روان‌درمانی ساختاری مواد محرک را گذرانده باشد. این دوره با حدود ۳۰ تا ۴۰ ساعت نظری به همراه حدود ۱۰ ساعت کار عملی یا مشارکتی امکان‌پذیر است. به صورت هفته‌ای ۲ یا ۳ جلسه برگزار می‌شود. ۳ بار در هفته مناسب‌تر است و توصیه می‌شود. ثبات در روند جلسات مهم است. یعنی نباید تا آخر دوره هفته‌به‌هفته تفاوت کند و یا بسته به نیاز کم و زیاد شود. انجام آزمایش ادرار به صورت حداقل هفته‌ای یک بار الزامی است. آزمایش باید از نظر مواد افیونی (مورفین) و مت‌آفتامین صورت گیرد. شرایط ایده‌آل آن است که آزمایش ادرار هفته‌ای ۲ بار انجام شود و فاصله هر آزمایش با دیگری بیش از ۴ روز نشود. محتوای جلسات بر اساس "کتابچه بیماران تعیین می‌شود. در کتابچه مذکور برای هر جلسه دستور خاصی تعیین شده که هدایت بخشی از ۴۵ دقیقه بر اساس آن است. علاوه بر دستور جلسه، تکالیفی نیز برای بیماران مقرر گردیده است که بیمار در بین دو جلسه انجام خواهد داد. درباره اینکه کتابچه به چه صورت باید در اختیار بیماران قرار گیرد، راه‌های مختلفی متصور است. برخی بیماران از بردن کتابچه به منزل ابا دارند زیرا یا نگران مفقود شدن آن هستند و یا این که امکان می‌دهند برخی افراد آن را ببینند و محتوای آن را بخوانند. به همین دلیل کتابچه خود را در

مرکز درمانی نگهداری می‌کنند. عده‌ای که نگرانی‌های مذکور را ندارند، آن را با خود می‌برند. اصولاً به همراه بردن کتابچه ارجح است زیرا به بیماران اجازه می‌دهد که محتوای آن را در ساعات فراغت مرور کنند و از راهکارهای موجود در آن در ساعات بین جلسات استفاده کنند؛ اما اگر نگران هستید که بیماری کتابچه خود را مفقود کند یا نتواند آن گونه که می‌خواهد آن را محرمانه نگهداری کند، به ناچار می‌تواند آن را در مرکز درمانی به امانت بگذارد. در چنین حالتی مرکز درمانی موظف است تمام همت خود را برای نگهداری صحیح کتابچه به خرج دهد و محتوای آن باید تحت هیچ شرایطی برای دیگران حتی بستگان بیمار قابل دسترسی نباشد. ترجیحاً کتابچه به صورت یک جا در اختیار بیمار قرار نگیرد و با توجه به پیشرفت جلسات در اختیار بیمار قرار گیرد.

تحلیل آماری

با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است و نوع روش جمع‌آوری اطلاعات که بر مبنای پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی در صورت برآورده شدن مفروضه‌های اساسی از روش تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه‌های کنترل و آزمایش در تنظیم هیجانی ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون از ۰/۰۵ کوچک‌تر است ($F=6/438, P<0/05$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون شرکت‌کنندگان، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنی‌دار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه اختصاصی اول کافی است. آخرین

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه‌های کنترل و آزمایش در تنظیم هیجانی

گروه‌ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	k-s	Sig	F لیون
آزمایش	پیش‌آزمون تنظیم هیجانی	۱۲	۳۷/۶۶	۳/۳۶	۰/۲۳۷	۰/۰۶۱	۰/۱۴۴
کنترل	پس‌آزمون تنظیم هیجانی	۱۲	۴۹/۶۶	۸/۲۲	۰/۱۹۵	۰/۲۰۰	
	پیش‌آزمون تنظیم هیجانی	۱۲	۳۵/۶۶	۵/۷۵	۰/۲۴۱	۰/۰۵۳	
	پس‌آزمون تنظیم هیجانی	۱۲	۴۰/۶۶	۷/۶۱	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰	

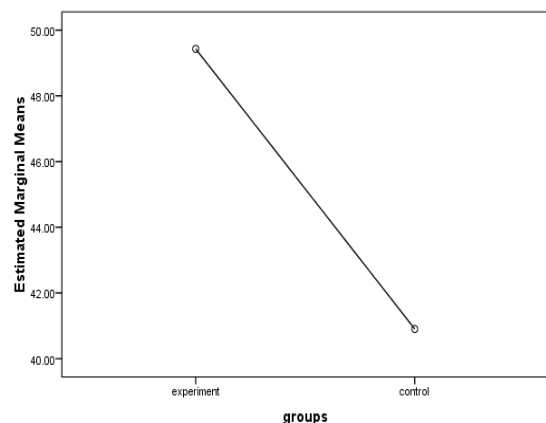
جدول ۲. نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: تنظیم هیجانی)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور ایفا
پیش آزمون	۲۷/۶۵۷	۱	۲۷/۶۵۷	۰/۴۲۸	۰/۵۲۰	۰/۰۲۰
گروه‌ها	۴۱۵/۶۲۰	۱	۴۱۵/۶۲۰	۶/۴۳۸*	۰/۰۱۹	۰/۲۳۵
خطا	۱۳۵۵/۶۷۶	۲۱	۶۴/۵۵۶			

ستون این جدول، یعنی مجذور ایفا ضریب تبیین را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که ۲۳/۵ درصد (۰/۲۳۵) واریانس تنظیم هیجانی به وسیله متغیر مستقل یعنی، درمان با روش ماتریکس تبیین می‌شود. مقدار توان آزمون آماری برابر ۰/۶۷۷ (یا ۶۷/۷ درصد) میزان دقت و قدرتی را که می‌توانیم تفاوت ایجاد شده در متغیر وابسته بین دو گروه در نتیجه اعمال متغیر مستقل را کشف کنیم، نشان می‌دهد. شکل ۱ توزیع میانگین‌های اصلاح‌شده نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در پس‌آزمون تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد.

در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که درمان با روش ماتریکس می‌تواند سطح تنظیم هیجانی را افزایش دهد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر تنظیم هیجانی در پس‌آزمون در گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل بوده است.

Estimated Marginal Means of postemotional



شکل ۱. توزیع میانگین‌های اصلاح‌شده نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در پس‌آزمون تنظیم هیجانی

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر بهبود تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد. شیوه درمانی ماتریکس روش ساختارمندی را در اختیار در مانگر قرار می‌دهد این روش در مانی اهداف متعددی را دنبال می‌کند که بهبود تنظیم هیجانی از اهداف مهم این

شیوه درمانی است. تنظیم هیجانی از عوامل تأثیرگذار در سیر بهبودی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین هست. نتایج حاصل از مقایسه‌ی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد که هر دو گروه آزمایش و کنترل بهبود تنظیم هیجانی داشتند. همچنین میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی بالاتر از گروه کنترل است. این مسئله نشان‌دهنده مؤثر بودن در مان ماتریکس در بهبود تنظیم هیجانی هست. ملاحظه می‌شود که ۲۳/۵ درصد (۰/۲۳۵) واریانس تنظیم هیجانی به وسیله متغیر مستقل یعنی، درمان با روش ماتریکس تبیین می‌شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که درمان با روش ماتریکس می‌تواند سطح تنظیم هیجانی را افزایش دهد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر تنظیم هیجانی در پس‌آزمون در گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل بوده است.

پژوهش‌های متعددی نظیر پژوهشی که توسط بیرامی و همکارانش (۱۷) انجام شده نشان داد که افراد وابسته به سیگار از راهبرد تنظیم شناختی و هیجانی منفی استفاده می‌کنند. در پژوهش بابایی و همکارانش (۱۸) آموزش تنظیم هیجانی باعث کاهش چشمگیر وسوسه می‌شود. کیانی و همکارانش (۱۹) در پژوهشی با دو روش درمانی در پی بهبودی تنظیم شناختی و هیجانی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بودند. زاهد، اله قلیلو، ابوالقاسمی، نریمانی (۲۰) تنظیم هیجانی را به‌عنوان عامل مؤثر در مقابله با سوء‌مصرف مواد معرفی می‌کنند. قربانی و همکارانش (۷) درمان شناختی رفتاری را به‌عنوان عامل مؤثر در بهبود تنظیم هیجانی بیماران معرفی می‌کنند و خواستار هدف قرار دادن تنظیم هیجانی توسط برنامه‌های درمان سوء‌مصرف مواد می‌باشند. عزیزی و همکارانش (۲۱) در پژوهشی بین وابستگی به سیگار، اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی پایین رابطه معنی‌داری را مشاهده کردند.

نتایج تحقیقات را می‌توان از زوایای مختلف مورد بررسی قرار داد. بیشتر پژوهش‌ها بر بررسی رابطه تنظیم هیجانی و متغیرهای دیگر با مصرف مواد پرداخته‌اند، نتایج پژوهش‌ها گویای این مطلب بوده که تنظیم هیجانی بالا رابطه معکوس و

می‌کنند. با این حال پژوهش‌های کمی در رابطه با اثربخشی این درمان صورت گرفته. این مسئله باعث شده تا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر بهبود تنظیم هیجانی در مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین بپردازد.

شیوه درمانی ماتریکس می‌تواند راهکار مناسبی در اختیار بیماران جهت بهبود تنظیم هیجانی باشد و در مجموع افراد با تنظیم هیجانی بالا از مصرف مواد ممانعت می‌کنند، متعهد می‌شوند که از نوشیدن مشروبات الکلی و یا مصرف سایر مواد خودداری کنند، شخصیت سالم و بهداشت روان دارند، توانایی نه گفتن به همسالان، کنترل احساسات، کنترل انتظارات و توقعات و مقاومت در برابر مشکلات را دارند که به‌عنوان عامل بازدارنده قوی در برابر مصرف مواد عمل می‌کند. با بالا رفتن خودکنترلی توانایی حل تعارض در فرد بهبود می‌یابد. در واقع بهبود تنظیم هیجانی نه تنها می‌تواند به‌عنوان مانع در برابر وسوسه، لذت طلبی و مصرف مواد باشد بلکه باعث بهبود در سایر زمینه‌های زندگی فرد نظیر روابط اجتماعی، کار و روابط خانوادگی می‌شود و از طرفی باعث می‌شود فرد سلامت روانی بیشتری داشته باشد. با توجه به اینکه در حال حاضر اجرای درمان ماتریکس برای بیماران وابسته به مت‌آفتامین به‌عنوان یک پروتکل درمانی برای مراکز تعیین‌شده است نظارت در اجرای درمان ماتریکس در تمامی مراکز ترک اعتیاد، تهیه برنامه‌های درمانی مشابه درمان ماتریکس برای بیماران وابسته به سایر مواد؛ تهیه برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد باهدف افزایش توانایی خودکنترلی و تنظیم هیجانی در مدارس؛ فراهم کردن درمان ارزان‌قیمت برای بیماران وابسته به مت‌آفتامین کم‌بضاعت می‌تواند اثرات مثبتی در روند بهبودی بیماران داشته باشد.

محدودیت در انتخاب ۱۵ آزمودنی برای دستیابی به توان آزمون مورد انتظار، محدودیت جغرافیایی و زمانی در اجرای گسترده این مطالعه در نمونه‌های دیگر و محدودیت جنسیتی آزمودنی‌ها که تنها به مردان وابسته به مت‌آفتامین محدود بود، از محدودیت‌های این مطالعه بودند. در این پژوهش برای سنجش متغیرها تنها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به اینکه درمان در مرکز اقامتی انجام گرفت، بیماران قادر به محک زدن مهارت‌های آموخته‌شده در شرایط واقعی نبودند. برخی از تکالیف درمان ماتریکس نیازمند حضور داشتن در شرایط زندگی واقعی است، در صورتی که پژوهش در شرایط کنترل‌شده (مرکز اقامتی) انجام شد.

معناداری با مصرف مواد دارد؛ و در صد بیشتری از افرادی که تنظیم هیجانی پایین دارند به‌نوعی مصرف مواد را تجربه کرده‌اند و یا به آن وابسته شده‌اند. از طرفی دیگر نشان دادند تنظیم هیجانی با دیگر عوامل و احساسات و رفتار مرتبط با مواد نظیر وسوسه، آشفتگی و یا شدت مصرف نیز ارتباط معنی‌داری دارند. پژوهش‌های مرتبط با درمان ماتریکس از بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی و کاهش مصرف مواد خیر می‌دهند. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور الگوی درمانی ماتریکس را استانداردسازی کرده و در اختیار درمانگران قرار داده. اکثر مراکز درمانی کشور نیز از این شیوه درمانی استفاده می‌کنند با این حال پژوهش‌های کمی در رابطه با اثربخشی این درمان صورت گرفته. این مسئله باعث شده تا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر بهبود تنظیم هیجانی در مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین بپردازد.

هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته هم‌سالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند، در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۲۰). تنظیم هیجانی از بسیاری جهات نشانه افراد بالغ و پخته توانایی آن‌ها در کنترل خودشان است. آن‌ها می‌توانند امیال، آرزوها، سائق‌ها و هیجان‌های خود را کنترل کنند و اجازه نمی‌دهند که احساسات کنترل آن‌ها را به دست بگیرند. از طرفی سومین مهارت در هوش هیجانی، یعنی توانایی در تنظیم و کنترل هیجان‌ها. اهمیت خاصی دارد. توانایی در تنظیم هیجان‌ها، انعطاف‌پذیری و سازگاری بسیار زیادی را، در زندگی هیجانی و اجتماعی، موجب می‌شود. به جای اینکه مجبور شوید هیجان‌های دریافتی خود را بپذیرید، می‌توانید به‌طور فعالانه برای تعویض آن‌ها تلاش کنید (۱۶). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور الگوی درمانی ماتریکس را استانداردسازی کرده و در اختیار درمانگران قرار داده. اکثر مراکز درمانی کشور نیز از این شیوه درمانی استفاده

REFERENCES

1. Mokri A. Substance abuse treatment manual driving (based on modified pattern editor matrix- fourth). Tehran: Ministry of Health and Medical Education Office of Mental Health, Social and addiction; 2011.

2. Keshvari A. Addiction. Tehran: Sami; 2009.
3. Coleman V. Addicts and addictions. Tehran: Owhadi; 1999.
4. Adamec CA, Triggle DJ. Amphetamines and Methamphetamine (Understanding Drugs). New York; Chelsea House; 2011.
5. Clifford P. Travelers on the internet: A survey of internet users. Online 1995;19:29-34.
6. Rohsenow DJ, Sirota AD, Martin RA, Monti PM. The cocaine effects questionnaire for patient populations: Development and psychometric properties. *Addict Behav* 2007;29:537-53.
7. Ghorbani T, Mohammad Khani Sh, Serrami Gh. Compare the effectiveness of cognitive-behavioral coping skills and support based on methadone treatment and prevention of relapse in improving emotion regulation strategies. *Journal of Research of Addiction* 2011;5:53-74.
8. Daneshmand R, Ekhtiari H, Farhoudian A, Mokri A. Treatment depends on how met amphetamine can be done? Tehran: Mehromahnow; 2011.
9. Matrix Institute on Addictions. Counselor's treatment manual: Matrix intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorders. Tehran: State Welfare Organization of Iran; 2012.
10. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything *Curr Dir Psychol Sci* 2001;10:214-9.
11. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
12. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011.
13. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol* 1998;2:271-99.
14. Macklem GL. Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children. Tehran: Arjmand; 2011.
15. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2013;26:41-54.
16. Bradberry T, Greaves J. Emotional intelligence (Skills and test). Tehran: Savalan; 2007.
17. Beyrami M, Movahedi Y, Minashiri A. The compression cognitive emotion regulation in smokers and non-smoker students. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013;24:143-50.
18. Babaiee Z, Hasani J, Mohammadkhani Sh. The effectiveness of dialectical behavior therapy based emotion regulation skill training in substance abusers craving: a single subject study. *J Clin Psychol* 2012;4:33-44.
19. Kiani AR, Ghasemi NO, Pourabbas A. Comparing the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *Journal of Research of Addiction* 2012;6:27-36.
20. Zahed-Babelan A, Ghalilo K, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. *Journal of Research of Addiction* 2009;3:99-114.
21. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Investigate the relationship between distress tolerance and emotion regulation with dependence students smoking. *Hakim Res J* 2009;13:11-8.
22. Turkmen H, Khaksari M. Matrix treatment effectiveness in improving the quality of life and deal with problems in patients Substance Abuse (Metamohetamine). *J Community Appl Soc Psychol* 2012;7:22.
23. Qotb A. Clinical efficacy in the treatment of substance abusers matrix model [dissertation]. Iran Mashhad: Univ. Ferdowsi; 2012.
24. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi A. Research methods in the behavioral sciences. Tehran: Agah; 1997.
25. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Eur J Psychol Assess* 2010;26:61-7.
26. Mashhadi A, Gasempoor A, Akbari E, Elbeigi R, Hasanzadeh Sh. The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of social anxiety disorder in students. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2013;4:89-99.