



## بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختصاصی افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر، تنظیم هیجان و اضطراب افراد وابسته به متادون

زهرا رشید<sup>۱</sup>، مصطفی رشید<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اعتیاد یک بیماری روانی اجتماعی است که باعث وابستگی روانی و فیزیولوژیک فرد مبتلا به این مواد می‌شود و عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی تاثیرات نامطلوبی بر جای می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختصاصی افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر و اضطراب افراد وابسته به متادون بوده است.

**روش پژوهش:** مطالعه حاضر از نوع پژوهش نیمه تجربی با گروه مداخله و کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد اندیشه نو مشهد در سال ۱۳۹۸ بود که در دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند، که به شیوه هدفمند، در هرگروه تعداد ۱۵ بیمار انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه افسردگی همیلتون، تنظیم هیجان گراس و جان، رفتارهای پرخطر زاده محمدی و مصاحبه بالینی ساختاریافته و اضطراب همیلتون بود. گروه مداخله طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. و پس از اتمام درمان پس آزمون به عمل آمد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانه‌های بالینی افسردگی، تنظیم هیجان، رفتارهای پرخطر و اضطراب افراد وابسته به متادون معنادار است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نشانه‌های بالینی افسردگی، رفتارهای پرخطر و اضطراب و افزایش تنظیم هیجان افراد وابسته به متادون موثر است.

**واژگان کلیدی:** درمان فراتشخیصی یکپارچه، افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر، تنظیم هیجان، اضطراب

پرتال جامع علوم انسانی

<sup>۱</sup>کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران  
<sup>۲</sup>کارشناسی ارشد، روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد ساری، ساری، ایران (نویسنده مسئول)



## ۱- مقدمه

امروزه اعتیاد، طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده و خانواده های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسن، پرسون، رز و شرمین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). امروزه شیوع سوء مصرف مواد در جامعه آمریکا حدود ۱۵ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال این کشور دارای مسائل جدی مرتبط با مصرف مواد مخدر می باشند (سادوک، سادوک و رویز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). نسبت مصرف مواد در میان مردان و زنان ۲ به ۱ است (پیترو و آلیسیا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). اعتیاد یا وابستگی به مواد که در تقسیم بندی های روان پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است، به عنوان دومین اختلال شایع روانی محسوب می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). براساس ادبیات پژوهشی، حدود ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روان پزشکی دیگر نیز دارند که مهم ترین آنها شامل اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد، بیش از ۴۰٪ برابر بیشتر از جمعیت عادی رخ می دهد (گلدنر، لاستر، رم فشر، ۲۰۱۴)<sup>۴</sup>. این میزان بالای هم آمیزی اختلالات خلقی و اضطرابی با سوء مصرف مواد در خور توجه می باشد، زیرا شواهد متعدد نشان می دهد که سوء مصرف کنندگان افسرده به طور معنی داری بیش از سوء مصرف کنندگان غیرافسرده درمان خود را قطع کرده و به مصرف مواد بر می گردند (تیت، براون، آنرود و رامو، ۲۰۱۴؛ واگر و گرین، ۲۰۱۵)<sup>۵</sup>.

اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم می شوند: اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد. اختلالات ذیل ممکن است به عنوان اختلالات ناشی از مواد تقسیم بندی شوند: مسمومیت، محرومیت و سایر اختلالات روانی ناشی از مواد / داروها (اختلالات روان پریشی، اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی)، دلیریوم و اختلالات عصبی شناختی (DSM - 5 - TR)). تحقیقات نشان می دهد که اعتیاد به مواد مخدر چندوجهی یا چندعاملی است و عوامل مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی، فردی و ژنتیکی در این زمینه دخیل است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

داروی متادون یک آگونیست<sup>۶</sup> طولانی اثر با نیمه عمر حدود ۲۴ تا ۳۶ ساعت می باشد و موثرترین دارو برای ترک معتادان از هروئین، متادون می باشد (لونز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). اما متادون هم عاری از هیچگونه عوارض نخواهد بود. عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است، مصرف متادون بر پردازش اطلاعات<sup>۸</sup>، حافظه، کارکرد اجرایی تاثیر منفی دارد (دارک، سیمز، مک دونالد و ویکز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰). دوز مصرف متادون و سن از مهم ترین عوامل ماندگاری بوده است (ژو و ژانک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). استرس و اضطراب با وابستگی به مواد رابطه معناداری دارد و افراد با تنش بالا و اختلال های اضطرابی بیشتر مستعد سوء مصرف مواد هستند (فونساچت و بریاند، ۲۰۱۶؛ سینها، ۲۰۰۸)<sup>۱۱</sup>. پلز، شرابیر و ادلسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که متادون مصرف می کنند، اضطراب زیادی را تجربه می

<sup>1</sup> Chassin , Presson , Rose , & Sherman

<sup>2</sup> Saduk , Saduk & Ruiz

<sup>3</sup> Peter & Alicia

<sup>4</sup> Goldner , Lusted ,Roerecke ,Rehm & Fischer

<sup>5</sup> Tate , Brown , Unrod , Ramo

<sup>6</sup> Agonists

<sup>7</sup> Lones

<sup>8</sup> Processing information

<sup>9</sup> Dark ,Sims ,Mc Donald & wickes

<sup>10</sup> Zhou ,Zhang

<sup>11</sup> Fosnocht & Briand

<sup>12</sup> Peles , Schreiber & Adelson



کنند. درمان نگهدارنده با متادون بر عملکردهای شناختی از جمله توجه، حافظه و انعطاف پذیری تاثیر مثبتی نمی گذارد (کپنهاور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). درمان نگهدارنده با متادون با وجود اینکه احساس یکپارچگی و معنادار شدن زندگی را ایجاد می کند، با این وجود بر بهبود تنظیم هیجانی تاثیر معناداری نداشته است (نالاسکووسکا و سیریپاکلوورسکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). از گذشته ها انسان درگیر مشکلات هیجانی بوده است و در چند سال اخیر این مشکلات در جامعه ایران رشد زیادی را به خود دیده است (عمران، ۲۰۱۱). زندگی روزمره افراد بزرگسال مملو از هیجانات و فشارهای مختلف می باشد، که اگر افراد توانایی مدیریت کردن آنها را نداشته باشند می تواند منجر به اختلالات مختلفی مانند افسردگی<sup>۳</sup>، احساس عدم رضایت از زندگی، خودکشی<sup>۴</sup> و خودزنی و... شود (آهوان، قوتی، یعقوبی، ۲۰۲۰). به همین منظور توانایی افراد در کنترل هیجاناتشان یکی از مهم ترین قابلیت هایی است که برای سلامت روان باید داشته باشند (رومر و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان، عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است (گارنسفکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ گارنسفکی و کریچ، ۲۰۰۳) که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند (تامپسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴؛ گراس، ۱۹۹۸؛ گراس، ۲۰۰۲؛ به نقل از آهوان و همکاران، ۲۰۱۷). افراد اطراف وابسته به مصرف مواد بر نحوه رفتار آنها تاثیر می گذارند. این افراد با نفوذ می توانند باعث شوند که آنها از رفتارهای پرخطر استفاده کنند. (ماسویتا، ویبوو، سوفیانو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). رفتارهای پرخطر به مجموعه رفتارهایی مانند استعمال سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه جنسی، خودکشی، خشونت، خودزنی و... گفته می شود که عموماً در سنین نوجوانی بروز می کند (ماسویتا، ویبوو، سوفیانو، ۲۰۱۹).

بررسی های اضطرابی نشان داده است که نشانه های اضطرابی دارای بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت می باشد. علائم جسمانی که در اضطراب مشاهده می گردد شامل تپش قلب فزاینده و تنگی نفس و عمدتاً با علائم تنفسی مانند؛ بی قراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک پذیری، و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می گردد (هازلت - استیونس، ۲۰۱۰؛ به نقل از ذوالفقاری و همکاران، ۲۰۱۸؛ بشارت، ۲۰۱۷). همانطور که اشاره شد تحقیقات بیانگر رابطه اضطراب و افسردگی با مصرف مواد مخدر بوده است. اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک ها تلقی می شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می سازد. اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منبع درماندگی دانست (تهرانی و همکاران، ۲۰۱۳). میزان شیوع اختلال های روانی در جوامع در حال صنعتی شدن رو به گسترش است. ایران، نیز یکی از کشورهایی است که می توان گفت با اضطراب درگیر است. میزان اضطراب در جامعه ایران بین ۷ تا ۱۵٪ گزارش شده است؛ در حالی که این میزان در دانشجویان بین ۱۲ تا ۲۰٪ است. این آمار نشان دهنده ضروری بودن پرداختن به درمان اضطراب است (وحیدی مطلق، کجیاف، صادق زاده، ۲۰۱۱). معمولاً کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال پایین است و آنها به سختی می توانند در زمان حال زندگی کنند و عمدتاً در آینده به سر می برند. حتی وقتی که اتفاق مثبت و خوش آیندی رخ دهد (هال، کلت، بریوس، بینر، اسکات، ۲۰۱۶)<sup>۷</sup>.

درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر<sup>۸</sup> در پاسخ به محدودیت درمان های شناختی - رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل های درمانی یکسانی را برای انواع اختلال های مختلف هیجانی به کار می رود. پروتکل درمان

<sup>1</sup> Copenhaver

<sup>2</sup> Nalaskowska, Cierpiakowska

<sup>3</sup> Depressive

<sup>4</sup> Suicide

<sup>5</sup> Thompson

<sup>6</sup> Musvita, Wibowo, Sofiana

<sup>7</sup> Hall, kellelt, Berrios, Bains

<sup>8</sup> Unified transdiagnostic treatment



یکپارچه<sup>۱</sup> (UP) برای افراد مبتلا به اختلال های هیجانی به خصوص افراد مبتلا به اختلال های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و یک درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است. با این که (UP) ریشه در سنت شناختی رفتاری دارد ولی، در تاکید ویژه اش روی نحوه ی تجربه و پاسخ دهی به هیجان های خود در افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، بی همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان ها تاکید می کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به واسطه ی آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخ دهی هیجانی نامتناسب به نشانه های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می کند (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۰). بارلو و همکاران (۲۰۱۷) نسخه ی اولیه ی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی را برای یک نمونه ی ناهمگون از اختلال های هیجانی به کار بروند. نتایج حاصل از مقایسه ی نمرات پیش و پس از درمان، تغییرات معناداری را از نظر آماری آشکار ساخت. آنیکو و فیلدینگ (۲۰۱۱) نیز، درمان فراتشخیصی هیجان مدار را با هدف نشانه گیری راهبردهای هیجانی ناسازگارانه برای درمان بیماری های مرتبط با استرس مورد بررسی قرار دادند و بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی به دست آوردند (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ بوسل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ فاردی و کاردوسو، ۲۰۱۴؛ بارلو، ۲۰۱۴؛ بیرشک و همکاران، ۲۰۱۳؛ مظاهری و همکاران، ۲۰۱۳).

رویکرد فراتشخیصی با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی آن می گذرد، توجه ویژه ی را به خود جلب کرده است (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). درمان های فراتشخیصی، اثربخشی خود را در درمان اختلال های هیجانی نشان داده اند (نورتون و همکاران، ۲۰۱۶). باتوجه به افزایش روزافزون افرادی که به درمان نگهدارنده با متادون در کشور روی می آورند، توجه به عوارض احتمالی جسمانی، روانی و شناختی ناشی از مصرف متادون به خصوص در حوزه های شناختی و روانی، و مشکلاتی که در تنظیم هیجان این افراد وجود دارد پژوهش حاضر سعی دارد به این سوال پاسخ دهد آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختصاصی افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر، تنظیم هیجان و اضطراب افراد وابسته به متادون تاثیر دارد؟

## ۲- روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کل افراد وابسته به متادون شهر مشهد تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه پژوهشی مطالعه، از بین بیمارانی که به کلینیک درمانی مرکز اندیشه نو مشهد مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر مراجع وابسته به متادون با تشخیص اختلال افسردگی، اضطراب، رفتارهای پرخطر و مشکل در تنظیم هیجان براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های اضطرابی، خلقی، اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط براساس DSM-5، ملاک های تشخیصی DSM-5 و از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (۱ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه اول تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و گروه دوم، گروه کنترل (لیست انتظار) بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ملاک های ورود در پژوهش عبارتند از رضایت از شرکت در پژوهش، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و استفاده از متادون بود. ملاک های خروج نیز شامل عدم شرکت مداوم در جلسات، استفاده از داروی دیگر یا مصرف مواد مخدر دیگر بود.

## ابزار پژوهش

### مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور ۱

<sup>1</sup> Unified protocol

<sup>2</sup> Boswell



یک مصاحبه نیمه ساخت یافته برای تشخیص اختلال های محور ۱ است که توسط فرست<sup>۱</sup>، اسپیتزر<sup>۲</sup>، گیبون<sup>۳</sup> و ویلیامز<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) تهیه شده است. یک ابزار هنجار شده برای ارزیابی اختلال های اصلی روانپزشکی بر پایه تعریف ها و معیارهای DSM-5 (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) است که برای هدف های بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اجرای SCID-I به قضاوت بالینی مصاحبه کننده درباره پاسخهای مصاحبه شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبه کننده باید در مورد آسیب شناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. SCID-I دو نسخه دارد: نسخه بالینی که بیشتر تشخیص های روانپزشکی را پوشش می دهد و بیشتر برای کاربرد در محیطها و پژوهشهای بالینی تنظیم شده است و نسخه پژوهشی کامل تر و طولانی تر که تشخیص ها و نیز زیر نوع های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلال را نیز پوشش میدهد (شاره، غرایب و عاطف وحید، ۱۳۸۹). مصاحبه ی حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال های روانی است (اسکودول بندر<sup>۵</sup>، دوالن<sup>۶</sup>، ساینس لو<sup>۷</sup>، و همکاران ۲۰۰۰).

پایایی را به روش پایایی تشخیصی بین ارزیابها سنجیده و نشان داده اند که برای اکثر تشخیص ها آلفای بدست آمده بالای ۰/۷۰ بوده است. در مطالعه ی (شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، و همکاران ۲۰۰۳). این مصاحبه را پس از ترجمه فارسی بر روی ۲۲۹ نفر اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیصهای خاص، و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰)، توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیصهای فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص - های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده خوب بود. روایی این ابزار توسط بختیاری (۲۰۰۰) مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن به روش بازآزمایی به مدت یک هفته ۹۵٪ بود (به نقل از شفیع سنگ آتش، رفیعی نیا و نجفی، ۲۰۱۳).

#### افسردگی همیلتون

این مقیاس برای سنجش شدت نشانه های افسردگی در قالب مصاحبه بالینی، توسط همیلتون ابداع شد (همیلتون، ۱۹۶۰). این مقیاس ۲۴ گویه دارد و توسط بالینگر روی مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود. روایی همزمان و سازه آن از راه توافق بین ارزیاب ها در نمره HDRS با نمره مصاحبه ساختار یافته بالینی، به طور مستقل، تایید شده است. حساسیت آن در تشخیص موارد مثبت افسردگی، ۷۸ درصد و بالاترین سطح حساسیت و ویژگی HDRS، در مطالعات متعدد در نقطه برشی بالینی ۱۷ دیده شده است که در آن حساسیت ۶۲/۴ درصد و ویژگی ۹۲ درصد بوده است (بالستروس، ببس و بولینا، ۲۰۰۷). در ایران، روایی این ابزار از راه همبستگی با مقیاس افسردگی بک و مقیاس نگرش های ناکارآمد، به ترتیب، ۰/۵۵ و ۰/۳۹ و پایایی بین ارزیاب ها ۰/۹۵ گزارش شده است (ابراهیمی، نشاط دوست، موسوی، اسدالهی و ناصری، ۱۳۹۲).

#### پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان

این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرو نشانی (۴ گویه) است. پاسخ ها بر روی مقیاس لیکرت هفت درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) قرار دارند. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است که اعتبار مقیاس بر اساس همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۰) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین دو خرده مقیاس و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این

<sup>1</sup> Frest

<sup>2</sup> Spitzer

<sup>3</sup> Gibbon

<sup>4</sup> Williams

<sup>5</sup> Scudde bender

<sup>6</sup> Dualen

<sup>7</sup> Science Le



پرسشنامه مهارت های ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون است.

### پرسشنامه رفتارهای پرخطر زاده محمدی

این پرسشنامه دارای ۳۸ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از ابعاد مختلف (گرایش به موادمخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک) می باشد. شیوه نمره دهی آن براساس طیف لیکرت پنج گزینه ای بوده که در جدول زیر امتیاز مربوط به هر گزینه ارائه گردیده است.

گزینه	کاملاً مخالفم	مخالف	ممتنع	موافق	کاملاً موافقم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم محاسبه نمائید. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده تمایل بالاتر فرد پاسخ دهنده به آن بعد خواهد بود و برعکس. نمره کلی این پرسشنامه از ۳۸ تا ۱۹۰ خواهد بود. امتیازات بالاتر نشان دهنده میزان خطرپذیری بالاتر نوجوان پاسخگو خواهد بود و برعکس. روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با مولفه های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی هفت بعدی است که ۶۴.۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می کند.

### پرسشنامه اضطراب همیلتون

مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون از جمله اولین مقیاس هایی است که برای ارزیابی شدت علائم توسط ماکس همیلتون در سال ۱۹۵۹ ساخته شد. از زمان ساخت، این مقیاس به طور شایعی برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی های بالینی استفاده می شود (همیلتون، ۱۹۵۹). این آزمون نیمه ساختار یافته است. چندین مطالعه اعتباریابی، ارزش روان سنجی آن را ثابت کرده اند. این آزمون ۱۴ جزء دارد که هر کدام شامل یکسری علائم است. هر کدام از این اجزاء از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (خیلی شدید یا ناتوان کننده) نمره گذاری می شوند. نمره کلی صفر تا ۵۶ است. نمره ۱۸ معادل اضطراب خفیف، نمره ۲۵ معادل اضطراب متوسط و ۳۰ معادل اضطراب شدید است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه بک ۰/۰۶، با SCL-۹۰ برابر با ۰/۷۳، و با ارزیابی بالینی ۰/۷۷ گزارش شده است. پایایی این آزمون توسط حق شناس از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است (کاوایانی و موسوی، ۲۰۰۱).

### مداخله

در این پژوهش از درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱) طراحی شده است، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۴۵ دقیقه ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه گروهی در مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد اجرا گردید. جلسات گروهی به صورت هفته ای یک جلسه که چهارچوب جلسات به شرح زیر است.

### جدول (۱) پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی بارلو (۲۰۱۱)

جلسه	درمان
اول	افزایش انگیزه مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ی تجارب هیجانی و مدل ABC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به ویژه با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی



ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه خودکار و دام های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر	پنجم
شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن در تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان	ششم
بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین از طریق مواجهه شدن با رفتارها	هفتم
آگاهی و عقل احساس های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم	هشتم
رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب	نهم تا یازدهم
مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت های درمانی بیمار، پیشگیری از عود	دوازدهم

روش تحقیق این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود و به منظور تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و از روش آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

### ۳- یافته ها

به منظور ارائه تصویر روشن تر از یافته های پژوهش، یافته های توصیفی مربوط به داده های جمعیت شناختی هریک از گروه های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

#### جدول (۲) شاخص های جمعیت شناختی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
سیکل	۳	۹
دیپلم	۷	۴
فوق دیپلم	۴	۲
لیسانس	۱	۰
وضعیت	۲	۱
تاهل	۱۳	۱۴

در جدول ۳ نیز یافته های توصیفی ( میانگین و انحراف معیار ) مربوط به مولفه های افسردگی، رفتارهای پرخطر، اضطراب و تنظیم هیجان برای هر یک از گروه های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

#### جدول (۳) شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه افراد در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	آزمایش	۱۰۶.۲	۹.۶۲	۶۰.۰۵	۱۱.۰۳
	کنترل	۱۰۰.۴	۶.۹۹	۹۹.۷	۶.۵۲
تنظیم هیجان	آزمایش	۶۸	۱۳.۴	۸۸.۰۱	۱۱.۲
	کنترل	۶۷.۰۲	۱۳.۶	۶۶.۰۹	۱۳.۶
رفتارهای پرخطر	آزمایش	۷۸.۱۲	۱۴.۱۱	۵۴.۳	۱۶.۲
	کنترل	۷۶.۳۲	۱۳.۸۷	۷۵.۰۳	۱۳.۷۶
اضطراب	آزمایش	۸۳.۱۱	۱۵.۱۱	۵۶.۰۳	۹.۲۳



کنترل ۸۲.۳۴ ۱۵.۰۲ ۸۱.۶ ۱۵.۰۶  
در جدول ۴ براساس عدم معنی داری نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هر دو متغیر، می توان نتیجه گرفت شرط توزیع طبیعی نمره ها در هر دو گروه رعایت شده است.

#### جدول (۴) آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	درجه آزادی	معنی داری
افسردگی	۰.۹۸	۳۰	۰.۲۳
تنظیم هیجان	۰.۷۰	۳۰	۰.۲۰
رفتارهای پرخطر	۰.۸۹	۳۰	۰.۲۱
اضطراب	۰.۷۶	۳۰	۰.۲۲

در جدول ۵ براساس عدم معنی داری نتایج آزمون لوین برای هر دو متغیر، می توان نتیجه گرفت شرط برابری واریانس

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری آماری
افسردگی	۲.۷۸	۱	۲۸	۰.۱۷
تنظیم هیجان	۲.۰۵	۱	۲۸	۰.۰۸
رفتارهای پرخطر	۱.۹۸	۱	۲۸	۰.۰۹
اضطراب	۲.۳۲	۱	۲۸	۰.۱۰

های هر دو گروه رعایت شده است.

#### جدول (۵). جدول آماره لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در متغیرهای پژوهش

#### جدول (۶). نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۲۶۶.۲۰	۱	۲۶۶.۲۰	۳.۶۸	۰.۱۹	۰.۴۳
	گروه	۲۳۲۰.۱۲	۱	۲۳۲۰.۱۲	۳۲.۲۴	۰.۶۸	۱
	خطا	۱۰۵۶.۸۷	۲۵	۷۱.۷۶			
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۳۳۱.۵۶	۱	۳۳۱.۵۶	۲۵.۵۴	۰.۶۳	۰.۹۸
	گروه	۸۷۷.۳۸	۱	۸۷۷.۳۸	۶۷.۵۶	۰.۸۳	۱
	خطا	۱۹۴.۴۳	۲۵	۱۲.۹۶			
رفتارهای	پیش آزمون	۲۳۷.۳۲	۱	۲۳۷.۳۲	۲۲.۲۱	۰.۵۴	۰.۷۶
	گروه	۷۸۶.۳۲	۱	۷۸۶.۳۲	۱۹.۸۷	۰.۶۷	۱





			۱۱.۳۴	۲۵	۱۶۷.۳۲	خطا	پرخطر
	۰.۹۸	۰.۶۳	۲۵.۵۴	۳۳۱.۵۶	۱	۳۳۱.۵۶	پیش آزمون
	۱	۰.۸۳	۶۷.۵۶	۸۷۷.۳۸	۱	۸۷۷.۳۸	گروه
			۱۲.۹۶	۲۵	۱۹۴.۴۳	خطا	اضطراب

نتایج جدول فوق نشان می دهد درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو منجر به کاهش افسردگی، رفتارهای پرخطر، اضطراب و افزایش تنظیم هیجان می شود.

#### ۴- بحث و نتیجه گیری

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده ای مزمن و عود کننده است که صدمه های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی دارد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روز به شمار قربانیان این دام مرگ بار افزوده می شود (سالمینک و همکاران، ۲۰۱۵)<sup>۱</sup>. امروزه با توجه به این که مصرف مواد مخدر یکی از مهم ترین معضل های بهداشتی در جامعه می باشد، متولیان توسعه سلامت در جامعه به اتخا راه حل هایی در جهت مبارزه با این معضل و مشکلات همراه با آن می باشند. در مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو بر افسردگی، رفتارهای پرخطر، اضطراب و تنظیم هیجان افراد وابسته به متادون پرداخته شد و فرضیه پژوهش تأیید شد.

متادون یکسری پیامدها و عوارض از قبیل مشکلات جسمی، روانی و... مشابه سایر مواد افیونی را دارا می باشد که یکی از عوارض آن، وابستگی فیزیولوژیک می باشد (نیکبخت، ۱۳۹۳). عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است، مصرف متادون بر پردازش اطلاعات، حافظه، کارکرد اجرایی تأثیر منفی دارد (دارک، سیمز و همکاران، ۲۰۰۰). دوز مصرف متادون و سن از مهم ترین عوامل ماندگاری بوده است (ژو و ژانگ، ۲۰۱۴). همچنین مصرف متادون می تواند با مولفه های شناختی و روانی از جمله فراموشی، انعطاف پذیری شناختی و اضطراب در ارتباط باشد (ریسی و همکاران، ۱۳۹۳). استرس و اضطراب با وابستگی به مواد رابطه معناداری دارد و افراد با تنش بالا و اختلال های اضطرابی بیشتر مستعد سوء مصرف مواد هستند (فوسناچت و بریاند، ۲۰۱۶) و همسو با پژوهش (پلز، شرابیر و ادلسون، ۲۰۰۹) که افرادی که متادون مصرف می کنند، اضطراب زیادی را تجربه می کنند. یکی از دلایلی که می توان به این موضوع اشاره کرد این است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بیش از همه به از بین بردن ابعاد مقاومت و شکل گیری یک رابطه درمانی تأکید دارد و نوجوانان از افراد مقاوم به درمان محسوب میشوند که در این پژوهش یکی از مهمترین ابعاد تغییر مراجع این مساله است و به نظر میرسد این موضوع در موفقیت این درمان تأثیر بسزایی دارد. با توجه به اینکه مقاومت در جلسه درمانی می تواند توسط رفتارهای درمانگر ایجاد شود، این موضوع می تواند از لحاظ اهمیت چندین برابر شود که درمانگر مهارت هایی را در شروع جلسه برای ارتباط گیری نیاز دارد و در این درمان به آن توجه شده است. آموزش هیجان، تنظیم هیجان و نقش اجتناب هیجانی در شکل گیری مشکلات و به کارگیری مهارت هایی برای این مفاهیم باعث موفقیت این درمان است.

به طور کلی این یافته، همسو با نتایج پژوهش های قبلی صورت گرفته در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی است. نتایج پژوهش بارلو و همکاران (۲۰۱۰)، آنیکو و فیلدینگ (۲۰۱۱)، اورنداز و همکاران (۲۰۱۴)، بارلو و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی و بهبودی افراد مبتلا به این اختلال از جمله این پژوهش هاست. با توجه به منطبق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در علائم اختلال افسردگی اساسی می تواند به واسطه ی آماج قرار گرفتن

<sup>1</sup> Salemink



عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه ی مثبت و منفی و افکار تکرار شونده باشد که در مدل های پروتکل روی آنها تاکید می شود ( فایرهولمه و همکاران ، ۲۰۱۰). در این نوع درمان به مراجعان آموزش داده می شود تا هیجان های بنیادین خود را بشناسند و سپس هیجان های پر تکرار و قالبشان را ثبت کنند و چرخه تاثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند، آنها می آموزند که شناخت های ناسالمشان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند ( زمستانی، ۲۰۱۷). این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می گردد، در واقع این درمان تاثیر زیادی در اصلاح هیجان های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد ( بیرشک و همکاران، ۲۰۱۳) و نیز پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو به طور معناداری منجر به کاهش سطح دشواری تنظیم هیجان در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود نیز تأیید گردید و نشان داده شد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو باعث کاهش میزان دشواری تنظیم هیجان به طور معناداری می گردد. نتیجه ی این تحقیق با پژوهش های مظاهری و همکاران (۲۰۱۳)، عباسی و همکاران (۲۰۱۳)، مسجدی و همکاران (۲۰۱۶)، روشنی و همکاران (۲۰۱۶)، مهاجرین و همکاران (۲۰۱۹) ، بوسول و همکاران (۲۰۱۳)، الارد و همکاران (۲۰۱۰)، سائور - زاوالا و همکاران (۲۰۱۲) همسویی داشته است. در تبیین این مساله با توجه به اینکه مبتلایان به اختلال های هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی نادرستی را به کار می برند و معمولا تلاش می کنند از هیجانات ناخوشایند اجتناب کنند یا به روش هایی شدتشان را به طور موقت کاهش دهند، این تلاش ها نتیجه ی معکوسی در بر دارد و تداوم علایم را به همراه دارد. درمان فراتشخیصی درمانی مبتنی بر هیجان است؛ یعنی طوری طراحی شده است که به درمان جویان می آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شدند و به شیوه ی سازگاران تری به آنها پاسخ دهند. هدف درمان بروز تجربه ی هیجانی سازگاران و بهبود کارکرد درمانجویان به دنبال اصلاح عادت های واکنشی پیرامون نظم جویی هیجان است.

#### منابع

- آهوان. مسعود، عابدی شرق. نجمه، دوستیان . یونس، اعظمی. یوسف، حسینی. سپیده (۲۰۱۷)؛ اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی؛ فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار، ۹۶، ص ۱۴۹ تا ۱۶۳
- آهوان. مسعود، قوتی . عاطفه ، یعقوبی . محمد (۲۰۲۰) ؛ اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد؛ فصلنامه ایده های نوین روانشناسی ، دوره ۲، شماره ۶- ( تابستان ۱۳۹۷)
- بیگی ، علی ؛ شیرازی ، محمود ؛ پسندیده ، مهدی ( ۱۳۹۲ ) ، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک های مقابله ای معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون ، فصلنامه اعتیاد پژوهشی ، ۹۵-۱۱۰، (۲۶) ۷
- توکلی قوچانی ، حمید ؛ شجاعی زاده ، داوود ( ۱۳۸۸ ) ، بررسی مقایسه ای عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد در گروه های مراجعین به کلینیک های ترک اعتیاد استان خراسان شمالی، ۱۳۸۶ ، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ، ۲-۴۳-۳۲
- رییسی ، مرضیه ، قصاب شیرازی ، مروارید ؛ دهکردی ، زیبا ؛ چای بخش ، سمیرا ( ۱۳۹۳ )، تاثیر متادون بر افسردگی ، اضطراب و کیفیت زندگی معتادان ، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ، دوره بیست و دوم ، شماره دوم، خرداد ۹۳
- سلطانی ، اسماعیل ؛ شاره ، حسین ؛ بحرینیان ، سید عبدالمجید و فرمانی ، اعظم ( ۱۳۹۲ ) ، نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی، پژوهنده مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۸۸-۹۶، ۲



سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام و کرمی، غلامرضا (۱۳۹۳)، ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی و علائم و نشانه های بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر (GAD)، فیض، ۴۲۸-۴۳۹، ۵.

غلامی، محمد سعید؛ علیپور، رضا؛ زارعی، طیبیه؛ رضاییان، فاطمه؛ هدایتی، آروین (۱۳۹۴)، بررسی فراوانی عوارض ناشی از درمان نگهدارنده با متادون در مراجعه کنندگان به مرکز درمانی بیمارستان دکتر شریعتی فسا، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال پنجم، شماره ۲

فرهادی نسب، عبدا... و کاشانی، خسرومانی (۱۳۸۷)، بررسی تاثیر جایگزین با متادون بر افسردگی بعد از ترک در معتادان شهر همدان، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۴۴-۵۰، ۲

کاوایانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷)، ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶-۱۴۰، ۲.

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میدان، حسن (۱۳۹۱)، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷۵-۸۵، (۲۲) ۶  
لیتری، دن (۱۳۸۴)، نظریه های سوء مصرف مواد مخدر، ترجمه محمدرضایی و محمد علی زکریایی، تهران: جامعه و فرهنگ.

مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ عباس پور، شهباز (۱۳۹۲)، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه های افسردگی و اضطراب در معتادان افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷۹-۹۲، (۲۷) ۷

میرکوهی، مهدی؛ بالداران، ناهید؛ عبدالهی، قاسم (۱۳۹۶)، پیش بینی انعطاف پذیری شناختی افراد تحت درمان با متادون براساس فرانگرانی، اضطراب، مدت و میزان مصرف متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، سال یازدهم، شماره چهل و دوم، تابستان ۱۳۹۶

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: Author.

Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. Guilford publications; 2014 Feb 27

Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Conklin LR, Boswell JF, Ametaj A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2017; 74(9):875-84.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy, 35, 205-230.

Barnett PG. Comparison of costs and utilization among buprenorphine and methadone patients. Addiction. 2009;104(6):982-92.

Basharat, Mohammad Ali, Farahmand, Hadi. The mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between attachment pathologies and symptoms of depression and anxiety. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2017; 11:44. (Persian)

Copenhaver, M., Shrestha, R., Wickersham, J., Weikum, D., & Altice, F. (2016). An Exploratory Factor Analysis of a Brief Self-Report Scale to Detect Neurocognitive



- Impairment Among Participants Enrolled in Methadone Maintenance Therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 61-65
- Dark, S., Sims J., McDonald, S., & Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95, 747-789.
- Fosnocht, A. & Briand, L. (2016). Substance use modulates stress reactivity: Behavioral and physiological outcomes. *Physiology and Behavior*, 1, 132-166.
- Garnefski, N., Kraaij, v. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal of Youth Adolesc*, 10(32), 401-408
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327
- Hall, Jo, Kellett, S., Berrios, R., Bains, M., Scott, S. Efficacy of cognitive Behavioral therapy for GAD in the Adult: systematic Review, meta-analysis and meta Regression *Geriatric psychiatry*.2016; 25: 1-25
- Harvey JH, Miller ED. editors. Loss and trauma: General and close relationship perspectives. Philadelphia: Brunner/ Mazel; 2014
- Kaplan H, Sadock B, editors. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry.7th ed. New York: WB Saunders; 2006
- Magidson, J.F.; Gorka, S.M.; MacPherson, L.M.; Hopko, D.R.; Blanco, C.; Lejuez., C.W.; Daughters, S.B. (2011). Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors*, 36(6), 615-23. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.01.016.
- Marlatt G.A.; & Donovan D.M. (2005). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Otaghsara SR. The relative efficiency of public and nonpublic health centres in Iran: University of Keele; 2006.
- Suci Musvita Ayu, Marsiana Wibowo, Liena Sofiana, Risky teenager behavior in a vocational high school, Vol. 8, No. 3, September 2019, pp. 470~475
- Tate, S.R.; Brown, S.A.; Unrod, M.; & Ramo, D.E. (2004). Context of relapse for substance- dependent adults with and without comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 29, 1707°24.
- Thompson, R.A. (1994). "Emotional regulation: a theme in search for definition". In N.A. Fox, *The Development of Emotion Regulation: Behavioral and Biological Considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52
- Vahidi-Motlagh L, Kajbaf M-B, Salehzadeh M. The effectiveness of cognitive-behavioral and religious cognitive therapy on anxiety in students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(3):195-201. Abstract/FREE Full Text