

شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص  
 تنظیم خلق منفی در وابستگان به مت‌آمفتامین، یک کارآزمایی مقدماتی

**Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of  
 well-being therapy on the negative mood regulation scale in  
 methamphetamine dependents, a pilot trial**

بیژن پیرنیا (نویسنده مسئول)

**Bijan Pirnia**

PhD Student of Clinical Psychology,  
 Department of Psychology, Faculty  
 of Humanities, University of  
 Science and Culture, Tehran, Iran.  
*b.pirnia@usc.ac.ir*

**Leila Soltani**

M.A in Counselling, Islamic Azad  
 University, Central Tehran Branch,  
 Tehran, Iran

**Paria Sadeghi**

Student in personality Psychology,  
 Islamic Azad University, Science and  
 Research Branch, Tehran, Iran

دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی  
 بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ

**لیلا سلطانی**

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی  
 واحد تهران مرکز

**پریا صادقی**

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی  
 شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و  
 تحقیقات، تهران

**چکیده**

مطالعات نشان می‌دهد که یکی از بنیان‌های شکل-  
 گیری اعتیاد اضطراب می‌باشد. شاخص اضطراب  
 نه تنها در مراحل آغازین بلکه در فرایند لغزش و  
 عودمصرف مولفه‌ای حائز اهمیت تلقی می‌گردد که  
 می‌تواند پیامدهای مطلوب درمانی را با چالش  
 مواجه سازد. یکی از ابعاد متاثر از اضطراب شاخص  
 خلق می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر  
 درمان گروهی بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی  
 در زنان وابسته به مواد مت‌آمفتامین انجام شد.  
 مطالعه حاضر در قالب طرحی نیمه آزمایشی با پیش

**Abstract**

Studies show that one of the  
 foundations for the formation of  
 addiction is anxiety. Anxiety index is  
 considered to be an important  
 component not only in the initial stages,  
 but also in the process of slipping and  
 recurrence, which is an important  
 component that can challenge the  
 desired therapeutic outcomes. One of  
 the dimensions resulted from the  
 addiction is anxiety. The purpose of this  
 study was to investigate the effect of  
 well-being group therapy on negative  
 mood regulation scale in women  
 dependent on methamphetamine. The  
 present study was carried out in a semi-  
 experimental design with pre-test, post-

شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی در وابستگان  
Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of well-being therapy

test and follow-up with the control group. Thus, during the period from May to March 2015, twenty two women eligible to participate in the study were selected after a post-screening from among methamphetamine dependent patients referred to three addiction treatment clinics in Tehran using purposely sampling and they were assigned in two groups of experiment and accidentally using Excel software. After obtaining informed consent and accepting participation criteria in the study, all participants were interviewed by structured clinical interview and completed the negative mood regulation scale. The experimental group was treated well-being therapy for 12 weekly sessions and the control group was merely received the routine treatments of the center. Then, they were evaluated in three stages of pre-test, post-test and follow-up through the mentioned questionnaire. Chi-square test and generalized estimation equation were used to analyze the data. The results showed that the well-being therapy had a significant effect on the improvement of the negative mood regulation scale ( $p < 0.01$ ). However, this improvement was not maintained until follow-up stage ( $p > 0.05$ ). These findings, consistent with the research literature, suggest the efficacy of positive-oriented therapies on the regulation of mood indices. The results of this study can be helpful in evaluating and designing of therapeutic interventions and the prospect of future research in methamphetamine abusers.

**Keywords:** Well-being Therapy, Negative Mood regulation, Methamphetamine, Addiction

آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. بدین ترتیب در برهه زمانی اردیبهشت ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۴، بیست و دو زن واجد شرایط شرکت در پژوهش پس از انجام غربالگری از میان بیماران وابسته به مت‌آفتامین مراجعه کننده به سه کلینیک ترک اعتیاد شهر تهران با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به کمک نرم افزار اکسل در قالب دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. پس از اخذ رضایت آگاهانه و احراز ملاک‌های شرکت در پژوهش، همه شرکت کنندگان توسط مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد مصاحبه قرار گرفتند و مقیاس تنظیم خلق منفی را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هفتگی تحت درمان گروهی بهزیستی قرار گرفت و گروه کنترل صرفاً پذیرای درمان‌های روتین مرکز بود. سپس، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده ها از آزمون کای اسکوئر و معادله برآورد تعمیم‌یافته استفاده شد. یافته ها نشان داد که بهزیستی درمانی تاثیر معنا داری بر بهبود شاخص تنظیم خلق منفی ایفا نمود ( $p < 0.01$ ). هرچند این بهبود تا مرحله پیگیری حفظ نشد ( $p > 0.05$ ). این یافته‌ها همسو با ادبیات پژوهشی گویای کارآمدی درمان‌های مثبت‌گرا بر تنظیم شاخص‌های خلقی می‌باشد. نتایج این پژوهش می‌تواند در ارزیابی، طرح‌ریزی مداخلات درمانی و چشم انداز پژوهش‌های آتی در مصرف کنندگان مت‌آفتامین سودمند باشد.

واژه های کلیدی: بهزیستی درمانی، تنظیم خلق منفی، مت‌آفتامین، اعتیاد

## مقدمه

امروزه در جامعه ایران شاهدگذار از مواد سنتی به صنعتی می‌باشیم. مت‌آفتمین دسته‌ای از مواد توهم‌زا به شمار ما آید که به واسطه چرب‌گرایی بالا، از سرعت جذب بالاتری نسبت به آفتمین‌ها برخوردار می‌باشد. میزان مصرف مت‌آفتمین در ایران بین سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۵ رشدی ۱۵۰ برابری داشته است (رادفر، راسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). آمار رو به فزونی مصرف محرک در ایران، حوزه اعتیاد را به یکی از اولویت‌های مجامع پژوهشی تبدیل کرده و علاقه زیادی را نسبت به درمان اعتیاد به عنوان یک راه حل به مشکلات بهداشتی و اجتماعی مربوط به آن به وجود آورده است. پژوهش‌ها گویای اثرگذاری مت‌آفتمین بر شاخص‌های رفتاری، روان‌شناختی، کنش‌وری جنسی و تغییرات ساختاری و هورمونی می‌باشد (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶).

این ماده به شدت اعتیاد آور بوده به نحوی که تداوم مصرف و اثرات مخرب آن در طی زمان، منجر به دامنه وسیعی از بد کاری‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک می‌شود (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود اینکه در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده ایم؛ اما همچنان ناظر عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی (دارویی) هستیم و سوء مصرف مواد استمرار داشته و آمار عود همچنان بالاست. علی-رقم اثربخشی درمان‌های سرپایی در درمان این بیماران، باز هم این گروه از بیماران به عنوان گروه پر مخاطره با احتمال شکست بالای درمانی محسوب می‌شوند و این موضوع همچنان چالش اصلی درمانگران بالینی است (مکری، ۱۳۹۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد به طور کلی حدود ۰/۶۰-۰/۵۰ در طی ۶ ماه پس از خاتمه درمان و ۰/۸۰ با فاصله ۱ سال پس از درمان، دوباره مصرف مواد را شروع می‌کنند (مک‌للان، مک‌کی، فورمان، کاسیولا، کمپ، ۲۰۰۵).

از مولفه‌های روان‌شناختی با اهمیت در این حوزه، اضطراب و افسردگی هستند. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که اختلالات روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با افراد سالم بیشتر است و این اختلالات به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۷؛ پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶). کرازیانو، ریواس، کین و کالکینز<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افرادی که نمرات پایین در شاخص‌های

<sup>۱</sup>. Radfar, Rawson

<sup>۲</sup>. Graziano, Reavis, Kean, Calkins

بهداشت روانی، افسردگی اضطراب و شکایات جسمانی به دست می‌آوردند در مقایسه با هم سالان خود بیشتر رو به مصرف مواد می‌آوردند (کرازیانو، ریواس، کین و کالکینز، ۲۰۱۰). سینها<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافت که مصرف‌کنندگان مواد نسبت به افراد عادی بیشتر دچار مشکلات روان‌شناختی مثل استرس، اضطراب، ناامیدی، افکار خودکشی و افسردگی می‌شوند (سینها، ۲۰۰۱). مطالعه پیرنیا و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که میزان هورمون‌های مرتبط با اضطراب همچون کورتیزول در افراد وابسته به مت‌آفتامین به‌گونه معناداری بالاتر از جامعه هنجار می‌باشد. در این راستا و در قالب یک چرخه معیوب، اضطراب محرک راه‌انداز ولج-مصرف تلقی می‌گردد که می‌تواند پیامدهای درمانی را با شکست مواجه سازد.

در این راستا دیرسن و هلون<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با دارو درمانی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود. همچنین مطالعات پیرنیا و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که مداخلات رفتاری در مدیریت وابستگی به مواد محرک از جمله مت‌آفتامین و کوکائین اثربخش می‌باشد.

یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در حوزه اعتیاد نقش به‌سزایی ایفا نماید، درمان‌های معطوف به روانشناسی مثبت‌گرا و از آن جمله درمان بهزیستی می‌باشد. بهزیستی درمانی<sup>۳</sup> یکی از درمان‌های نوین در عرصه روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که از درمان شناختی رفتاری نشأت گرفته که در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه به همراه درمان شناختی رفتاری<sup>۴</sup> به کار رفته است (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۵). و اثر بخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی تایید شده است (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۵). بهزیستی درمانی یک برنامه درمانی کوتاه مدت (هشت جلسه‌ای) سازمان یافته، رهنمودی و مشکل مدار است که بر مبنای الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف می‌باشد (ریف<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹). که در آن از خودنگری‌ها، خاطره نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمانجو استفاده

1. Sinha

2. Hollon

3. Well-being therapy

4. Cognitive Behavioral therapy

5. Ryff

می شود (پترسون، سلیگمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). الگوی بهزیستی روان شناختی ریف دارای شش بعد است، شامل تسلط محیطی<sup>۲</sup>، رشد شخصی<sup>۳</sup>، هدفمندی زندگی<sup>۴</sup>، خود مختاری<sup>۵</sup>، خود پذیری<sup>۶</sup> و داشتن روابط مثبت با دیگران<sup>۷</sup>. هدف درمان گران از به کار بردن بهزیستی درمانی، کمک به درمانجویان است تا از سطوح پائین کارکرد، در هر شش حیطه مورد نظر بهزیستی روان شناختی، به سطوح بالای آن برسند.

با توجه به اهمیت شاخص‌های روان‌شناختی در پدیده اعتیاد و نقش آن‌ها در ایجاد عودمصرف و نظر به اهمیت شاخص‌های خلقی به عنوان مولفه‌هایی حائز اهمیت در فرایند کنترل هیجان، تکانه و مدیریت رفتارهای پرخطر و با در نظر گرفتن تاثیرات امید بخش درمان های مثبت‌گرا از جمله بهزیستی درمانی بر درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر شاخص خلق در مردان و زنان مصرف کننده مت‌آفتماین انجام می‌شود، امید است که یافته‌های مطالعه حاضر در راستای تدوین مداخلات کارآمد در حوزه اعتیاد و تبیین نقش شاخص‌های خلقی در کارآمدی مداخلات درمانی مورد کاربست بالینی قرار گیرد.

## روش

پژوهش حاضر در قالب طرحی شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان وابسته به مت‌آفتماین<sup>۸</sup> (از نوع شیشه) شیشه) تشکیل دادند که طی اردیبهشت ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۴ به سه مرکز ترک اعتیاد تهران مراجعه و با هدف مدیریت بیماری اعتیاد تحت درمان قرار گرفتند و بر اساس تشخیص روان پزشکی معتمد در مرکز درمان و با انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته<sup>۹</sup> توسط روان شناس بالینی، مبتلا به سوء مصرف مواد تشخیص داده شدند و در مرکز تحت درمان سرپایی قرار گرفته بودند. از این جامعه آماری ۳۰ زن پس از انجام غربالگری و کسب پائین‌ترین نمرات در

1. Peterson, C., & Seligman

2. Environmental mastery

3. Personal growth

4. Purpose in life

5. Autonomy

6. Self-acceptance

7. Positive relations

8. Methamphetamine

9. Structured Clinical Interview for DSM- IV

مقیاس تنظیم خلق انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. طی مراحل درمان در گروه آزمایش ۴ نفر قبل از خاتمه پژوهش، درمان را ترک نمودند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر در پس آزمون شرکت نکردند که تعداد شرکت کنندگان نهایی را در گروه آزمایش ۱۰ نفر و در گروه کنترل نیز ۱۲ نفر تشکیل دادند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال (۲) سطح تحصیلات حداقل دیپلم (۳) سابقه اعتیاد بین ۳-۱ سال (۴) مقدار مصرف بین ۰/۵ تا ۱ گرم در روز و (۵) سکونت در تهران و حومه با انحراف استاندارد ۲۰ کیلومتر. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: (۱) وابستگی همزمان به مواد دیگر؛ (۲) اختلالات شخصیت، عقب ماندگی یا اختلالات شدید روانپزشکی؛ (۳) بیماری‌های شدید جسمانی. همچنین، دو گروه از لحاظ طبقه اجتماعی، سوابق تحصیلی، سنی، سنوات و مقدار مصرف مشابه همگن شدند و اثر احتمالی این متغیرها بر متغیر وابسته حذف شد.

در این درمان درمان‌گران به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا از سطح آسیب‌های کارکردی به سطح بهینه و مطلوب این کارکردها برسند و تجربه‌های بهزیستی را در زندگی حال و گذشته‌شان پیدا کنند و این تجربه‌ها هر قدر هم که کوتاه باشد قابل تأمل است. پس از اینکه درمان‌جویان کاملاً از موارد بهزیستی در زندگی‌شان آگاهی یافتند، در مرحله بعدی درمان به آنها کمک می‌کنند که باورها و افکار را که مزاحم تجربه بهزیستی آن‌هاست و نیز احساسات همراه با بهزیستی را شناسایی کنند. این مرحله از درمان به شناسایی کردن افکار خودکار یا باورهای غیر منطقی در شناخت درمانی معمولی شبیه است. با این تفاوت که در بهزیستی درمانی، خودنگری درمانجو از افکارش بیشتر مبتنی بر بهزیستی است تا بر موارد ناراحتی و تنش و به طور کلی، روش‌های اصلی برای کمک به درمان‌جویان جهت غلبه بر نقایص موجود، در بهزیستی روان‌شناختی، عبارتند از بازسازی شناختی افکار خودکار، زمان بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط و کنترل یا لذت تولید می‌کنند، آموزش جرات ورزی، جسارت و حل مسئله (روئینی، فاوا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در جدول ۱، محتوی درمان بهزیستی به ترتیب جلسات به‌طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه‌ای از محتوی جلسات درمان بهزیستی

<sup>۱</sup>. Ruini, Fava

جلسه	عنوان
اول	مصاحبه
دوم	تعریف فرایند برنامه آموزشی - درمانی و اهداف برای معتادان شرکت کننده در فرایند درمان / ارائه فرم ها و دفترچه خاطرات / تصریح تعهدات دوجانبه در برنامه / پیش آزمون
سوم	ت در مورد چهارچوب بهزیستی درمانی / نقش درمانگر و مسئولیت های مراجع بحث می شود / نقش فقدان هیجانان مثبت در تداوم وابستگی به مواد مطرح می شود / کاربرد معرفی ثبت خود
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل / شناسایی دوره های بهیاشی به کمک کشف هیجانان مثبت / ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچه خاطرات / کاربرد رهاسدن از کینه
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل / خوش بینی و امید / مراجعان هدایت می شوند به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می خورند / سپس از مراجعان خواسته می شود که توجه کنند وقتی یک در بسته می شود چه درهای دیگری باز می شود / کار برگ گشایش درهای جدید در زندگی
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل / پذیرش خود و نقش آن در آرامش روانی / پذیرش تجارب ناکام کننده به جای انکار یا تلاش برای فراموشی آنها / کاربرد نامه امید
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل / استفاده از مکان های عمومی در کشف استدلال های غیرمنطقی / هدف مندی واکنش اهداف بلند مدت در جهت دهی به زندگی / کاربرد موهبت ها
هشتم	کاربرد موهبت ها / بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می تواند ششم را به هیجانان مثبت تبدیل کند / تسلط بر محیط به عنوان مولفه ای از سلامت روان / کاربرد نامه بخشش
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / رشد شخصی و بررسی میزان تحول شناختی اجتماعی و یا دوره های رکود احتمالی / نقش شناخت های ناکارآمد در ایجاد رکود / کاربرد ثبت عواطف
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می گیرد و خاطرات خوب و بد مجددا با تاکید بر قدردانی برجسته می شوند / مثال های عملی از تاثیر خوش بینی و بدبینی بر مصرف مواد و پرهیز از مصرف / کاربرد قدردانی
یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / ارائه مولفه های خودمختاری و روابط مثبت بادبگران / پیشرفت مرور شده / جمع بندی صورت می گیرد / پس آزمون
دوازدهم	جدا شدن از گروه / تعیین ملاقات های دوره ای با گروه آزمایش و ارائه نتایج پس از تجزیه و تحلیل داده ها

معیار های اخلاقی پژوهش نظیر اخذ رضایت آگاهانه مکتوب از شرگت در جلسه درمان و امکان ترک پژوهش در هر مقطعی از مطالعه، حفظ اسرار شرکت کنندگان، حمایت از رفاه و راحتی آنان برای کلیه شرکت کنندگان برقرار بود. تمام مراحل مطالعه بر اساس آخرین نسخه از کنوانسیون هلسینکی انجام پذیرفت. مداخله درمان بهزیستی به صورت گروهی به مدت ۱۰

شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی در وابستگان  
 Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of well-being therapy

جلسه و هر جلسه یک ساعت اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمان، کلیه شرکت‌کنندگان توسط مقیاس تنظیم خلق مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام فرایند درمان شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز پنج جلسه درمان گروهی دریافت نمودند.

#### ابزار

در این مطالعه از چک‌لیست جمعیت شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-IV (SCID) و مقیاس تنظیم خلق منفی استفاده شد.

**چک‌لیست جمعیت شناختی:** این چک‌لیست توسط پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بیماری، سابقه درمان و مدت زمان مصرف مواد تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

**مصاحبه بالینی ساختار یافته:** یک مصاحبه بالینی توسط متخصص بالینی مجرب است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-4 به کار می‌رود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (فیرست، اسپیتزر، گیبون، ویلیامز، ۲۰۰۲). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است، ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹).

**مقیاس تنظیم خلق منفی<sup>۱</sup>** با هدف ارزیابی شاخص خلقی توسط کاتانزار و همکاران ابداع شده است. این ابزار شامل ۳۰ ماده می‌باشد و به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس گزینه ۱ به کاملاً مخالف، ۲ به غالباً مخالف، ۳ به ممتنع، ۴ به غالباً موافق و نهایتاً گزینه ۵ به کاملاً موافق تعلق می‌گیرد (لابویتز و آهن، ۲۰۱۵).

#### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (آزمون معادله برآورد تعمیم‌یافته) به کمک نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ تحلیل شدند که در جداول زیر نشان داده شده‌اند. پیش از انتخاب آزمون آماری، مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی نرمال

<sup>1</sup>. First, Spitzer, Gibbon, Williams

<sup>2</sup>. The Negative Mood Regulation (NMR) Scale



بودن توزیع نمرات از آزمون کالمگرف اسمیرنف استفاده شد. همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها آزمون لون مورد استفاده قرار گرفت. نتایج دو آزمون مذکور گویای عدم معناداری و احراز مفروضه‌های لازم بود ( $p > 0.05$ ). در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش ارائه شده است:

جدول ۲- توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

شاخص	ابعاد	گروه درمان		گروه کنترل	
		N	%	N	%
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۵۰٪	۳	۲۵٪
	متاهل	۳	۳۰٪	۵	۴۲٪
سطح تحصیلات	جدا شده	۲	۲۰٪	۴	۳۳٪
	زیر دیپلم	۳	۳۰٪**	۳	۲۵٪**
وضعیت شغلی	بالاتر از دیپلم	۷	۷۰٪**	۹	۷۵٪**
	شاغل	۶	۶۰٪	۶	۵۰٪
درآمد ماهانه	بیکار	۴	۴۰٪	۶	۵۰٪
	> یک میلیون تومان	۵	۵۰٪	۵	۴۲٪
سن (سال)	< یک میلیون تومان	۵	۵۰٪	۷	۵۸٪
	۱۸-۲۵ سال	۴	۴۰٪	۵	۴۲٪
قومیت	< ۲۵ سال	۶	۶۰٪	۷	۵۸٪
	کرد	۲	۲۰٪	۴	۳۳٪
	لر	۲	۲۰٪	۳	۲۵٪
	ترک	۵	۵۰٪	۴	۳۳٪
	فارس	۱	۱۰٪	۱	۰۹٪

\*  $p < .05$ .

\*\*  $p < .01$ .

جدول ۲ توزیع جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در شاخص تحصیلات شاهد تفاوت در توزیع متغیر مذکور در بعد درون گروهی می‌باشیم، نتایج آزمون کای اسکوتر نشان داد که تفاوت درون گروهی شاخص سن

شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی در وابستگان  
Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of well-being therapy

هم معنادار می‌باشد. هرچند در شاخص مذکور تفاوت معناداری در بعد بین گروهی مشاهده نشد.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در شاخص تنظیم خلق منفی

شاخص	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
		پیش آزمون	۶۴/۱۲	۴/۱۳	-
	آزمایش	پس آزمون	۶۹/۲۹*	۴/۷۹	$P < 0.01$
خلق		پیگیری	۶۵/۷۴	۵/۱۱	$P > 0.05$
	کنترل	پیش آزمون	۶۵/۸۱	۴/۲۱	-
		پس آزمون	۶۶/۰۳	۴/۵۹	$P > 0.01$
		پیگیری	۶۵/۲۲	۵/۳۱	$P > 0.05$

با توجه به داده‌های جدول ۳، شاخص خلق در پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری نشان داده است ( $p < 0.01$ ) اما این روند در مرحله پیگیری پایدار نماند ( $p > 0.05$ ).

جدول ۴- نتایج آزمون معادله برآورد تعمیم یافته

شاخص	مرحله	گروه درمان	گروه کنترل	تفاضل تغییرات
خلق	پس آزمون	۶۹/۲۹	۶۵/۸۱	$< 0.01$
	پیگیری	۶۵/۷۴	۶۵/۲۲	$> 0.05$

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثربخشی درمان بهزیستی در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد ( $p < 0.01$ ). این نتایج در مرحله پیگیری حفظ نشد ( $p > 0.05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

به نظر می رسد که اکنون روان شناسی بیش از هر زمان نیازمند نقشه ای کارآمد در مورد عملکرد بهینه انسانی است. وظیفه آینده روان شناسی مثبت گرا درک عواملی است که توانمندی ها را می سازند. در نهایت روان شناسی مثبت گرا نیازمند گسترش مداخله های موثر جهت افزایش و تقویت این فرایندها است. پژوهش حاضر نیز در راستای تغییر نگاه از رویکرد مشکل مدار به رویکرد پرورش توانمندی ها شکل گرفت. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان بهزیستی گروهی بر بهبود شاخص تنظیم خلق منفی در زنان وابسته به محرک بود. نتایج نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص مورد نظر در زنان وابسته به مت‌آفتمین موثر بوده است. یافته های این پژوهش همسو با پژوهش هایی است که اثر بخشی بهزیستی درمانی را در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روان شناختی مورد تایید قرار داده اند.

در این راستا و همسو با یافته های مطالعه حاضر، پژوهش پیرنیا و همکاران (۲۰۱۵) با هدف مقایسه اثربخشی دو درمان مثبت گرا و بهزیستی درمانی بر شاخص نگرش به مصرف مواد در افراد تحت درمان با نگهدارنده متادون نشان داد که هر دو درمان مذکور اثربخشی معناداری بر شاخص مورد نظر ایفا نمودند. همچنین نتایج درمان بهزیستی بر شاخص استفاده از کاندوم در وابستگان به کوکائین رضایت بخش بوده است (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی همسو پیرنیا و همکاران (۲۰۱۶) به مقایسه اثربخشی دو درمان فراشناختی و مثبت گرا بر شاخص ولع مصرف در مصرف کنندگان محرک پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو درمان اثربخشی معناداری بر شاخص ولع مصرف ایفا نمودند که درمان فراشناختی با توجه به ماهیت آسیب های شناختی در بیماران مذکور اثربخشی معناداری را نسبت به درمان بهزیستی نشان داد. در این راستا و در مطالعه ای دیگر، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص های سه گانه افسردگی، اضطراب و استرس در زنان و مردان مصرف کننده مت‌آفتمین معنادار می باشد (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۵).

در پژوهشی که فاوا و تومبا<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) با عنوان افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری به کمک روش های درمان بهزیستی انجام دادند نشان داد که شکوفایی و انعطاف پذیری را می توان به واسطه مداخلات خاص که منجر به ارزیابی مثبت از خود می گردد به وجود آورد. همچنین کاهش آسیب پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب به واسطه بهزیستی درمانی نشان داده شد

۱. Fava, Tomba

(فاوا، تومبا، ۲۰۰۹). در پژوهشی که معینی زاده و سالانگاما<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) با عنوان بهزیستی درمانی افسردگی بر روی نمونه ای ۴۰ نفری از آزمودنی‌ها در سال ۲۰۱۰ انجام دادند نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات قبل و بعد از درمان وجود داشت و بهزیستی درمانی از درمان شناختی‌رفتاری موثرتر بوده است و نتایج بیانگر امکان‌پذیری و مزایای بالینی افزودن بهزیستی درمانی به دیگر مجموعه تکنیک‌های درمان است. فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گرندی (۱۹۹۸) بهزیستی درمانی را به عنوان رویکرد درمانی تکمیلی برای نشانه‌های باقی‌مانده اختلالات خلقی همچون افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه با موقعیت‌هراسی (آگورا فوبی<sup>۲</sup>)، ترس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس اجباری که به کمک روش‌های رفتاری یا دارویی با موفقیت درمان شده بودند به کار بردند. پژوهشگران این افراد را به طور تصادفی به دو گروه بهزیستی درمانی و گروه شناختی‌درمانی اختصاص دادند، نتایج نشان داد که هم بهزیستی درمانی و هم درمان شناختی‌رفتاری با کاهش معنا دار نشانه‌های باقی‌مانده همراه بودند. علاوه بر این گلبار یزدی، شعرباف، موسوی‌فر و معینی زاده (۱۳۹۰) نشان دادند که بهزیستی درمانی در کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور اثر گذار است (گلبار یزدی، شعرباف، معینی زاده، ۲۰۱۲). اثر بخشی درمان بهزیستی می‌تواند تا حد زیاد زیادی ناشی از گروهی بودن این درمان بوده باشد. تعامل با گروه همسان در مرکز درمانی می‌تواند با کارآمدی درمان مرتبط باشد (بارنت، اسویندل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). اسویندل و پترسون (۱۹۹۵)، ۴۶۶ بیمار را به طور تصادفی در دو برنامه درمان وابستگی به الکل وارد کردند. برنامه درمانی اول، درمان جامع انفرادی را ارائه می‌نمود و برنامه ی دوم، بر تعامل گروه همسان متکی بود. بیمارانی که وارد برنامه دوم شدند، برآیند درمانی بهتری نشان دادند (اسویندل، پترسون، ۱۹۹۵) که بیانگر اهمیت بالقوه ی گروه همسان در برنامه‌های درمان الکلیسم است (نوروزی، ۱۳۸۹). گاهی درمان فردی بوده اما تعاملی بین بیماران وجود دارد، آن‌ها کنار یکدیگر صدای هم را می‌شنوند و به گونه ای تعامل می‌کنند. درمان گروهی این مزیت را دارد که دیگران هم در گروه می‌توانند بگویند که حس بهتری دارند. تجربه و حمایت همسالان در فرایند درمان حائز اهمیت است. از سوی دیگر به علت آسیب دیدن حافظه کوتاه مدت (کاری) در افراد وابسته به مت

<sup>۱</sup> . Moeenizadeh & Kumar

<sup>۲</sup> . Agoraphobia

<sup>۳</sup> . Barnett, Swindle

آمفتامین، درمان‌های شناختی رفتاری و از جمله بهزیستی درمانی که بر کلمات متکی هستند و از تجسم و تصویرسازی ذهنی استفاده نمی‌کنند کمتر اثر بخش هستند (راسون، هوبر، شاپتا، فارابی، ریبِر، لینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). در تضاد با یافته‌های ما، مطالعه پیرنیا و همکاران (۲۰۱۶) با هدف ارزیابی اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص‌های سلامت روان، خوشبینی و آسیب‌شناسی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین نشان داد که مداخله درمانی مذکور اثربخشی معناداری ایفا ننموده‌اند. تفاوت مطالعه حاضر با پژوهش مذکور را می‌توان در کوچک بودن حجم نمونه و فردی بودن فرایند درمان ذکر نمود که در عدم معناداری مطالعه اثرگذار بوده‌اند.

فرایند اجرایی درمان‌های شناختی رفتاری اغلب متکی بر قلم و کاغذ است، با توجه به آسیب‌های شناخته شده مت‌آمفتامین‌ها بر ساختار مغز و تخریب آشکار حافظه و افت تمرکز، این الگوی سنتی قلم و کاغذ کمتر می‌تواند با نیازهای مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین منطبق باشند، از این رو کمبود جنبه‌های دیداری و تجسمی به شدت احساس می‌شود. با توجه به تجارب پیشین محقق، در این پژوهش تلاش شد تا فرایند درمان به کمک نرم افزارها جنبه عینی تری به خود گیرد. در این پژوهش اثر بهزیستی درمانی گروهی بر شاخص تنظیم خلق منفی در زنان وابسته به مواد مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد این روش درمانی در درمان افراد وابسته به مواد اثر معناداری داشته است.

این مطالعه در فرایند اجرا با محدودیت‌هایی همراه بوده است. حجم کم نمونه در این مطالعه متأثر از شاخص‌های جنسیتی و فرهنگی بود که مراجعه زنان و پیوند آنان با فرایندهای پژوهشی را با چالش مواجه می‌سازد. همچنین به دلیل محدودیت‌های موجود، امکان بررسی میزان مصرف و ارتباط آن با اثرپذیری از درمان در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد. همچنین انجام یک مطالعه تکمیلی در مورد اثربخشی بهزیستی درمانی در بیماران افسرده وابسته به مت‌آمفتامین می‌تواند مسیر مناسبی برای مطالعات پیش‌رو باشد.

<sup>1</sup>. Rawson, Huber, Shoptaw, Farabee, Reiber, Ling

شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی در وابستگان  
 Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of well-being therapy

## منابع

ظریف گلباریزی، هانیه، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا، & معینی زاده. (۲۰۱۲). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۵.  
 نوروزی علیرضا. خدمات بستری در درمان اعتیاد. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ماه و مهر نو؛ ۳۷-۱۶.

- Barnett, P. G., & Swindle, R. W. (1997). Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Services Research*, 32(5), 615.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 537-555.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28(02), 475-480.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*.
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45(1), 3-19.
- Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2015). Negative Mood Regulation Scale--Modified Version. PsycTESTS Dataset. doi:10.1037/t43599-000
- McLellan, AT, McKay, JR, Forman, R, Cacciola, J, Kemp, J.(2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment:from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*,447-458.
- Moeenizadeh, M., & Kumar, S. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), p107.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Radfar, SR, Rawson RA. (2014). Current research on methamphetamine: Epidemiology, medical and psychiatric effects, treatment, and harm reduction efforts. *Addiction and Health*.
- Rafanelli, C., Park, S. K., & Fava, G. A. (1999). New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(3), 194-201.
- Rawson, R. A., & Huber, A. M. M. Shoptaw, S. Farabee, D. Reiber, C. Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Ruini, C. Fava, GA. (2004). Clinical applications of well-being therapy. *Positive psychology in practice*,371-387.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Jalali, M. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 86-91.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359.

- Swindle, R. W. Peterson. KA; Paradise, MJ & Moos, RH (1995). Measuring substance abuse program treatment orientations: The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory. *Journal of Substance Abuse*, 7(6), 1-78.
- Pirnia, B. (2015). The effectiveness of group positive-therapy (ppt) and well-being therapy (wbt) on attitude towards drug abuse in patients under methadone maintenance therapy. *World J Med Sci*, 12, 354-360.
- Pirnia, B., Azemnia, Z., & Soleimani, A. A. (2016). Psychotherapy and Condom Use, Effectiveness of Well-Being Therapy (WBT) On Condom-Use Skills in Cocaine-Dependent. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*, 2(6).
- Pirnia, B., Givi, F., Roshan, R., Pirnia, K., & Soleimani, A. A. (2016). The cortisol level and its relationship with depression, stress and anxiety indices in chronic methamphetamine-dependent patients and normal individuals undergoing inguinal hernia surgery. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 395.
- Pirnia B, Mansour S, Hajsadeghi Z, Rahmani S, Pirkhaefi AR, Soleimani AA. Comparing the Effectiveness of two treatments of Meta cognitive Therapy (MCT) and Positive-oriented Therapy (PPT) on index of Craving for Male Methamphetamine users. *Community Health journal* 2016; 10(2): 42-51
- Pirnia, B., Moradi, A. R., Pirnia, K., Kolahi, P., & Roshan, R. (2017). A Novel Therapy for cocaine dependence during abstinence: A randomized clinical trial. *Electronic Physician*, 9(7), 4862-4871. doi:10.19082/4862
- Pirnia B, rezayi A, rahimian bogar E. (2016). On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. *Journal of research on addiction*. 10(37), 227-240.



شاخص‌های خلقی و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص تنظیم خلق منفی در وابستگان  
Mood indices and psychological treatments, the effectiveness of well-being therapy

