

## مقایسه راهبردهای منفی تنظیم هیجان و صفات شخصیتی معتادان عضو گروه های معتادان بی نام (NA) و معتادان تحت درمان نگه دارنده متادون

مهشید شریفی<sup>۱</sup>، علی اکبر زارعی<sup>۲</sup>، محمد اژدرلو<sup>۳</sup>، محمد دلاور<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای منفی تنظیم هیجان (فاجعه انگاری وقایع و نشخوارگری فکری) و نیمرخ شخصیتی در معتادان عضو گروه های خودیاری (NA) و معتادان تحت درمان نگه دارنده متادون است.

این پژوهش از نوع مقطعی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرپایی و افراد عضو گروه‌های خودیاری که تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر از گروه خودیاری، ۵۰ نفر تحت درمان با داروی متادون) به صورت در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌ی نئو برای سنجش ویژگی شخصیتی و پرسشنامه تنظیم هیجان گارائفسکی (۲۰۰۱) به منظور بررسی نشخوار فکری و فاجعه انگاری وقایع استفاده شد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد میزان فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری معتادان عضو گروه‌های خودیاری نسبت به معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی کمتر است همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده کاهش نمرات نوزرگاری در معتادان عضو گروه‌های خودیاری نسبت به معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی و افزایش توافق جویی و برونگرایی در این گروه‌ها است این یافته‌ها نشان‌دهنده اثر بخشی عضویت در این گروه‌ها در فرایند بهبود و درمان معتادان به حساب می‌آید.

**واژه های کلیدی:** معتادان، تنظیم هیجان، ویژگی های شخصیتی، متادون، گروه های NA

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

<sup>۲</sup> کارشناس روان شناسی عمومی

<sup>۳</sup> کارشناس روان شناسی عمومی

<sup>۴</sup> دانش آموخته کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

## مقدمه

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با خصایصی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود (۱). تخمین زده می‌شود حدود ۳ میلیون نفر (۵ درصد) کل جمعیت ایران به نوعی از مواد مخدر استفاده می‌کنند (۲). با توجه به آمار رو به رشد این معضل و اثرات سوی آن بر سطح جامعه، خانواده و فرد لازم است درمان آن از خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه آغاز شود (۳). طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند؛ اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیر دارویی طرح و ساماندهی شده‌اند. از جمله درمان‌های دارویی موثر طی سال‌های گذشته و در حال حاضر، برنامه درمان نگهدارنده با داروی متادون است. در مصرف کنندگان اپیوئیدها، درمان دارویی غالب، مصرف داروی متادون است که در اغلب کشورهای دنیا در حال اجرا می‌باشد و نتایج مطالعات نشان داده است، که این دارو جایگزین مناسبی بخصوص برای اپیوئیدها بوده و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف، علائم ترک، علائم روانپزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته است (۳، ۴، ۵). اعتیاد مانند سایر بیماری‌های روانی از چندین عامل سرچشمه می‌گیرد که در هر فرد ممکن است گروه خاصی از آن‌ها بیشتر شرکت داشته باشند. بنابراین، اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت. برخی از درمان‌های مطرح شده در حیطه اعتیاد به دنبال ایجاد اصلاحات مثبت در صفات شخصیتی بیماران مبتلا به وابستگی به مواد هستند. یکی از این درمان‌ها، انجمن معتادان گمنام می‌باشد. این گروه‌ها توسط افراد وابسته به مواد و به منظور حمایت از یکدیگر تشکیل می‌شود. این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و خود معتادان آن‌ها را اداره می‌کنند. روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت می‌باشد (۶). بر روی‌ها نشان داده‌اند که مشکلات شخصیتی، پیش‌بینی کننده قوی در وابسته شدن به مواد افیونی و کوکائین به شمار می‌روند (۷). همچنین در بررسی‌های انجام شده روی ۱۰۰ معتاد مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله نشان دادند که همه بیماران ویژگی‌های شخصیتی ناپه‌نچار مانند تحریک پذیری بالا برای نشاط، اختلال‌های عاطفی پیش‌رونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی‌تفاوتی و عاطفه لغزنده، اشکال شایع هیستریک، تهییج‌پذیری، اختلال عملکرد روانی-اجتماعی، علائق کاهش یافته، هیجان غیرطبیعی، اختلال کنترل تکانه، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر را دارند (۸). بررسی‌های انجام شده بر پایه الگوی پنج‌عاملی شخصیت کاستا و مک‌کرا نشان دهنده رابطه میان وابستگی به مواد و ویژگی‌های شخصیتی می‌باشند (۹). در پژوهشی که اخیراً در این باره

انجام شده است نتایج نشانگر اثر گذاری بیشتر گروه های خود یاری بر بهبود صفات شخصیتی بوده است. به طوری که ویژگی های روان رنجور خویی، روانپریش خویی معتادان یک سال پس از شرکت در برنامه معتادان گمنام کمتر شده است (۱۰). روان رنجور خویی با صفات عصبی بودن، عزت نفس پایین، احساس گناه، افسرده، مضطرب، هیجانی، خجالتی و غیرمنطقی توصیف می شود (۱۱) و در بررسی های صورت گرفته مشخص شده است افرادی که، در پی گیری یک ساله شرکت داشتند و در نمره روان رنجور خویی نمره بالاتری داشتند عود اعتیاد در آن ها بیشتر از افرادی بود که در مقیاس روان رنجور خویی نمره کمی داشتند (۱۲).

یکی دیگر از عوامل مهم و مؤثر بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد، کژکارکردی در طرحواره های هیجانی است. تنظیم هیجانی به عنوان یکی از عوامل روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۱۳). تنظیم هیجان یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است. فاجعه انگاری یکی از سبک های تنظیم هیجان ناسازگار است و به معنای تفکر با محتوای وحشت از حادثه می باشد و نتایج تحقیق Martin & Dahlen (۱۳) نشان داد که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان تر می شوند. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت مؤثر هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می دهند (۱۴). با توجه به آن چه گفته شد ویژگی های شخصیتی و به کارگیری کنترل های هیجان شناختی (فاجعه انگاری وقایع و نشخوار گری فکری) می توانند شاخصی برای تعیین تأثیرات و نشان دهنده فرایند های درمان های نگهدارنده با متادون و سایر درمان های روانشناختی به کار برده در زمینه اعتیاد باشند. در نتیجه سؤال پژوهش حاضر این است که آیا تفاوت معنی داری بین، فاجعه انگاری وقایع و نشخوار فکری و نمره های نیمرخ شخصیتی در افراد تحت درمان نگه دارنده با متادون و افراد عضو گروه های خودیاری (NA) وجود دارد یا نه؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع مقطعی مقایسه ای و در دو گروه معتادان عضو گروه های خودیاری و معتادان مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی شهر شیراز سازمان دهی شده است. در گروه اول معتادان هیچ گونه درمان دارویی دریافت نکردند و در گروه دوم درمان جویان متادون دریافت کردند. روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود به این صورت که ۵۰ بیمار به شکل در دسترس از بین بیماران این مراکز انتخاب شدند. همچنین تعداد ۵۰ نفر به صورت در دسترس از کلینیک های سرپایی انتخاب شدند و پرسشنامه ها توسط بیماران تکمیل شد. روش های آماری به کار گرفته شده در این تحقیق شامل

آماره‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، و آماره های استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) می باشد.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI):** در این پژوهش برای سنجش روان نژند خوبی از پرسشنامه ویژگی های شخصیتی NEO استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۶۰ سوال است، که پنج بعد شخصیتی، روان نژند خوبی، برونگرایی، باز بودن نسبت به تجربه، توافق پذیری، با وجدان بودن، را مشخص می کند و هر مؤلفه حاوی ۱۲ سوال است. این آزمون را مک کری و کاستا (۱۵) برای اولین بار با ۱۸۵ سؤال تدوین کردند و به عنوان ابزار مناسبی برای اندازه گیری ویژگی های شخصیتی افراد در جوامع مختلف به کار رفته است. McCrae and costa ضریب همبستگی آزمون ۶۰ سؤالی را با آزمون ۲۴۰ سؤالی بررسی کردند و برای ۵ ویژگی شخصیتی ضرایب بالایی (حداقل ۰/۷۶ و حداکثر ۰/۹۱) بدست آورده اند. همچنین ضرایب اعتبار این پرسشنامه را نیز قابل قبول گزارش کرده اند (۱۵).

**پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی:** در این پژوهش برای سنجش ویژگی های نشخوارگری فکری و فاجعه انگاری وقایع از پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی استفاده شد. این پرسشنامه را گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس زای زندگی ابداع کرده اند. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه بندی لیکرت، در دامنه ای از (۱) هرگز تا (۵) همیشه قرار دارد. پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ و به دست آمده است (۱۶). پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی (۱۳۸۶) در نمونه متشکل از آزمودنی های ۱۵ تا ۲۱ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل شناختی برابر ۰/۸۲ و روایی پرسشنامه از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمره های مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر، (۱۹۷۹) بررسی شده است و به ترتیب ضرایبی برابر با ۰/۳۵ و ۰/۳۷ بدست آمده که هر دو ضریب در سطح  $p < 0.01$  معنی دار بوده اند (۱۷).

### یافته ها:

جدول شماره یک میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره، بیشترین نمره و تعداد نمونه را در دو گروه درمان با متادون و معتادان عضو گروه های خودیار را نشان میدهد.

جدول شماره یک : میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره، بیشترین نمره و تعداد نمونه

تعداد نمونه	بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف معیار	میانگین	گروه های نمونه	مقیاس ها
۵۰	۴۵	۱۸	۵/۲	۳۸/۸	گروه عضو گروه های خودپار	برونگرایی
۵۰	۳۹	۱۴	۴/۱	۲۲/۵	گروه درمان با متادون	
۵۰	۴۰	۱۵	۴/۷	۲۷/۱	گروه عضو گروه های خودپار	بازبودن به تجربه
۵۰	۳۹	۱۸	۵/۲	۲۸/۵	گروه درمان با متادون	
۵۰	۳۵	۱۰	۳/۹	۲۴/۴	گروه عضو گروه های خودپار	باوجدان گرای
۵۰	۳۸	۱۰	۴/۴	۲۴	گروه درمان با متادون	
۵۰	۳۷	۱۴	۴/۴	۳۲/۳	گروه عضو گروه های خودپار	توافق پذیری
۵۰	۳۶	۱۵	۴/۹۳	۲۷	گروه درمان با متادون	
۵۰	۴۷	۲۵/۷۷	۶/۱۹	۳۸/۷۰	گروه عضو گروه های خودپار	روان رنجور خویی
۵۰	۴۹	۲۱	۵/۸۰	۳۰/۸۲	گروه درمان با متادون	

۷. ■ مقایسه راهبردهای منفی تنظیم هیجان و صفات شخصیتی معتادان عضو گروه های معتادان ..

۵۰	۲۰	۶	۳/۵۴	۱۳/۷۷۰	گروه عضو گروه‌های خودیار	نشخوار گری فکری
۵۰	۲۰	۱۱	۲/۲۱	۱۶/۳۰۰	گروه درمان با متادون	
۵۰	۲۰	۴	۳/۸۱	۱۲/۹۱	گروه عضو گروه‌های خودیار	فاجعه انگاری وقایع
۵۰	۲۰	۸	۲/۶۲	۱۵/۴۸	گروه درمان با متادون	

یافته های مطالعه با توجه به جدول شماره ۱ نشان می دهد که در معتادان عضو گروه های خودیار میانگین نمره‌های نشخوارگری فکری و فاجعه انگاری وقایع، روان رنجور خوبی و باز بودن نسبت به تجربه پایین تر ولی میانگین نمره های روان توافق پذیری، باوجدان بودن و برونگرایی بالاتر از افراد تحت درمان با متادون می باشد.

جدول شماره ۲: نتیجه آزمون های چند گانه در مورد دو گروه درمان با متادون و معتادان عضو گروه های خودیار

جدول شماره ۲. نتیجه آزمون های چند گانه (تحلیل واریانس چند متغیری)

شاخص	مقدار	F	فرضیه df	خطای درجه آزادی	معنی داری
اثر پیلایی	۰/۳۶	۱۷/۹۶	۳/۰۰۰	۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۶۴	۱۷/۹۶	۳/۰۰۰	۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۰/۵۶	۱۷/۹۶	۳/۰۰۰	۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه- ی روی	۰/۵۶	۱۷/۹۶	۳/۰۰۰	۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۰

چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می شود در آزمون اثر پیلایی، مقدار (value) برابر ۰/۳۶ و F برابر ۱۷/۹۶ و در سطح معنی دار قرار دارد. طبق آزمون های چهارگانه ۲۵ درصد واریانس متغیرهای

وابسته ناشی از تفاوت های گروهی است. بنابراین بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس یک متغیری (آنوا) در متن مانوا به همراه میانگین و انحراف استانداردهای دو گروه افراد عضو گروه های خودیاری و گروه افراد تحت درمان با متادون را نشان می دهد.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس یک متغیری (آنوا) در متن مانوا بر میانگین گروه های (NA) و افراد تحت درمان با متادون.

Sig	F	میانگین- مجذورات	D f	SD	میانگی ن	گروه ها	مقیاس ها
۰/۰۰۱	۱۱/۲	۳۸۷/۵۲۱	۱	۵/۲	۳۸/۸	گروه عضو گروه های خودیاری	برونگرایی
				۴/۱	۲۲/۵	گروه درمان- بامتادون	
۰/۲۵۷	/۲۵۴ ۲	۲۸۷/۲	۱	۴/۷	۲۷/۱	گروه عضو گروه های خودیاری	بازبودن به تجربه
				۵/۲	۲۸/۵	گروه درمان- بامتادون	
۰/۳۲۱	/۳۲۵ ۱	۲۵۴/۷۴۱	۱	۳/۹	۲۴/۴	گروه عضو گروه های خودیاری	باوجدان گرایی
				۴/۴	۲۴	گروه درمان- بامتادون	
۰/۰۰۱	/۱۵۴ ۱۴	۳۴۱/۱۴۸	۱	۴/۴	۳۲/۳	گروه عضو گروه های خودیاری	توافق پذیری
				۱/۹۳ ۴	۲۷	گروه درمان- بامتادون	
۰/۰۰۲	/۴۷۳ ۱۰	۳۷۷/۵۹۰	۱	۱/۱۹ ۶	۳۰/۸۲	گروه عضو گروه های خودیاری	روان رنجور گرایی
				۱/۸۰ ۵	۳۸/۷۰	گروه درمان- بامتادون	

نشخوارگ ری فکری	گروه عضو گروه های خودیار	۱/۷۷۰	۵۴/۳	۱	۱۶۰/۰۲۲	۳۴۴/۱۸	۰/۰۰۰
	گروه درمان- بامتادون	۱/۳۰۰	۲۱/۲	۲			
فاجعه انگاری وقایع	گروه عضو گروه های خودیار	۱۲/۸۱	۷۱/۳	۱	۱۶۵/۹۱۵	۳۸۴/۱۵	۰/۰۰۰
	گروه درمان- بامتادون	۱۵/۵۸	۲۲/۲	۲			

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود، بین دو گروه معتادان، گروه معتادان خودیار و معتادان تحت درمان با متادون، در مقیاس نشخوارگری فکری ( $F=18/344, p<0/000$ ) و در مولفه های فاجع انگاری وقایع ( $F=15/384, p<0/000$ )، روان رنجور خوبی ( $F=10/473, p<0/001$ )، توافق پذیری ( $F=14/151, p<0/001$ )، برونگرایی ( $F=11/2, p<0/001$ )، تفاوت معنی داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاکی از آن است که میزان فاجعه انگاری و نشخوار فکری معتادان خودیار نسبت به معتادان مراجعه کننده به کلینیک های سرپایی (تحت درمان با متادون) کمتر است و همچنین یافته ها نشان دهنده این است که گروه های خودیاری نمرات کمتری در روان رنجور خوبی و نمرات بیشتر در توافق پذیری و برونگرایی کسب می کنند.

این یافته با بسیاری از یافته های پژوهشی انجام شده در زمینه پیامدهای مثبت عضویت در گروه های خودیاری همسو است (۱۸، ۱۹). هدف این گروه ها کمک کردن به دیگران و استفاده از کمک دیگران است، که خود کمک کردن به دیگران برای پرهیز از مواد سودمند است (۱۰). همچنان که بیان شد نشخوار فکری و فاجعه انگاری دو مورد از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی می باشند (۲۰). نشخوار فکری را افکار آگاهانه ای تعریف کرده اند که در مورد یک موضوع معین پیوسته تکرار می شوند و حتی در نبود محرک های پدید آورنده آن ها نیز فعال می شوند همچنین فاجعه انگاری حالتی شبیه به طرحواره های منفی در نظریه شناختی بک است. بر حسب این نظریه طرحواره ها به صورت طرحواره های شناختی منفی - که به صورت عزت نفس پایین نمایان می شود - و عقاید خشک و ثابت و غیر منطقی - که به نگرش های ناکارآمد اشاره دارد - تقسیم می شوند (۲۰). نگرش های ناکارآمد فرض ها و باورهای جهت گیرانه ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد (۲۱). نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که راهبردهای تنظیم هیجان منفی معتادان کلینیک های سرپایی نسبت به معتادان گروه های خودیاری (NA) بیشتر است و این امر می تواند ناشی از فقدان کفایت هیجانی،



مهارت های هیجانی نامناسب و توانایی کمتر برای حل تعارضات باشد. اعضای گروه‌های خودیاری از روابط بین فردی و حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به معتادان تحت درمان متادون در کلینیک‌های سرپایی برخوردار هستند؛ در نتیجه این حمایت‌های اجتماعی ممکن است شرایطی را فراهم سازد تا افراد از توصیه‌ها و کمک‌های سایر افراد برای کنترل استرس‌ها و مشکلات کمک گیرند (۱۹). از طرفی در این مراکز افراد به مقایسه اجتماعی می پردازند. مقایسه اجتماعی در موقعیت‌هایی مانند ترس یا عدم قطعیت، اطلاعاتی را برای فرد فراهم می کند که به وسیله آن، شخص موقعیت را ارزیابی می کند و پاسخ‌های مناسب را تعیین می کند (۲۲)؛ در نتیجه این حمایت اجتماعی افراد کمتر به فاجعه-انگاری و ترس از موقعیت های تغییر یافته دچار می شوند. معتادان عضو گروه‌های خودیاری به دلیل روابط بین فردی و جو حمایت اجتماعی که دریافت می کنند در قیاس با معتادان دریافت کننده متادون وقت کمتری برای نشخوار فکری و افکار خودآیند منفی دارند (۲۲). در خصوص اثر گذاری این برنامه ها بر صفات شخصیتی بعضی از پژوهش ها اذعان می کنند که صفات شخصیتی به عنوان زمینه ساز و تعدیل کننده رفتار وابستگی به مواد می باشد و شرکت بیماران مبتلا به وابستگی به مواد در جلسات انجمن معتادان گم نام باعث بهبود صفات شخصیتی این بیماران می گردد و به همین دلیل نقش برجسته ای در کاهش وابستگی به مواد ایفا می کنند (۱۰)

برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند درمان مؤثری را برای معتادان افیونی ارائه دهد. با این حال هنوز نتایج پژوهش‌ها در زمینه تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است، به عنوان مثال بعضی پژوهش‌ها نشان داده است که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند، و اکثراً اختلال های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده اند (۲۶). از محدودیت های این پژوهش می توان به محدود بودن نمونه اخذ شده از چند مرکز شهر شیراز و تک جنسی بودن آنها اشاره کرد. همچنین عدم اطمینان از نوع و میزان ماده مصرفی افراد نمونه از دیگر محدودیت های این پژوهش به حساب می آید.

### نتیجه گیری

به طور کلی با توجه به یافته های پژوهش حاضر میزان فاجعه انگاری و نشخوار فکری معتادان عضو گروه های خودیاری نسبت به معتادان مراجعه کننده به کلینیک های سرپایی کمتر است؛ از طرف دیگر صفات شخصیتی برونگرایی و توافق جویی در این افراد نسبت به افراد دریافت کننده متادون قوی تر است که این موضوع می تواند ناشی از اثر گذاری مثبت این درمان بر صفات شخصیتی که با سازگاری عمومی و تعامل اجتماعی در ارتباط است مرتبط باشد. همچنین، یافته ها نشان دهنده کاهش نمره های روان رنجور خوبی معتادان عضو گروه های خودیاری نسبت به معتادان مراجعه کننده به کلینک های سرپایی است. روان رنجور خوبی صفتی است که با اضطراب، افسردگی و اشکال در روابط

میان فردی مشخص می شود. کاهش این نمرات در افراد گروه های خودیاری حکایت از اثرگذاری مثبت این گروه ها بر کنترل هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب دارد. **تقدیر و تشکر:** از کلیه مددجویان و مراجعه کنندگان به مراکز متادون درمانی سطح شهر شیراز و مراکز خودیاری این شهر که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می کنیم.



## Reference

1. Evans-Brown M, Sedefov R. New psychoactive substances: driving greater complexity into the drug problem. *Addiction*. 2017 Jan 1;112(1):36-8.
2. Falah HM. Addiction, Prison, Aids ,Hepatitis. *Journal of Pain* 2001; (17): 18-20.
3. Leshner AN, Kluwiga J. Speckaa M, Krauseb D, Mergeta B. Finkbeinera. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide atonal Scherbauma. N Institute of health (NIH) publication 1993; (9). pp.3-33.
4. Gastparb M. Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Cttd rolldd Trial.. Err ppaan Additt inn Rsserr ch 2005;(11): pp:163– 171.
5. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I. Grissom G, Pettinati H & Argeriou M. The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1995; (9): 199-213.
6. Akhondzadeh S, Shabrang M, Rezaei O, Rezaei F. Personality Patterns in Narcotics Anonymous Members versus Individuals with Addiction Receiving Methadone Maintenance Therapy. *Iranian journal of psychiatry*. 2014 Jul;9(3):158.
7. Franques P, Auriacombe M & Tignol J. Addiction and personality. *Journal of Encephala*, 2000; 26, 68-78.
8. Kozlov A A, Rokhlina ML. Dependence of the formation of the addictive personality on the predisposing factors, *Neurology and Psychiatry* 2001; (101): 16-20.
9. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource 1992.
10. Sotodeh, N, Behnam, B, ghorbani, R .Effectiveness of narcotics anonymous training programs in personality characters in substance abuse patients. *Koomesh* 2012, 14 (3), 316 – 320.
11. Pervin LA, Oliver PJ. Personality theory and research. Javadi, Kadivar. (Persian Translators).Tehran: Aeegh 2003:188-95(Persian).
12. Fisher LA, Elias IW, Ritza K. Predicting replace to substance abuse as a function. *Critical Experimental Research* 1998; (22): 1041-1047.
13. Martin R. Dahlen ER. Cognitive emotion regulation the prediction of depression, anxiety, stress , and anger. *Personality and individual differences* 2005; (39):1249-1280.
14. Trinidad DR, Unger Jb, Chou CO, Johnson A. The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *Personality and Individual Differences*. 200; (36): 945- 954.
15. McCrae RR, Costa Jr. Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality* 1986; (54), 385-405.

16. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Problems. *Personality and Individual Differences* 2001; (30): 1311-1327.
17. Yusefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in the middle students. *Research on Exceptional Children* 2007; (4): 871-892 [Text in Persian].
18. Friedman GL. Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean. [Dissertation]. Alliant International University. Los Angeles, California. 2006: 4.
19. . Riessman F. Ten self-help principles. *J Soc Policy* 1997; (27): 6-11.
20. Scarpa A. The Interactive Role of Emotion Regulation. *Biosocial Bases of Violence*. 2014 Nov 14;292:341.
21. Beck AT, rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New york: Guildford 1979.
22. Aspinwall LG, Hill DL, Leaf SL. Prospects, pitfalls and plans: A proactive perspective on social.Comparison activity. *Eur Review of Soc Psychol* 2002; (12): 267-298.

