

بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد

مریم روح الامین^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

هدف: هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر مرد وابسته به مت آمفتامین مراجعه کننده به مراکز درمانی که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه نمونه دو پرسش نامه خودبازداری (وینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) و نظام باورها (هالند و همکاران، ۱۹۹۸) را در دو مرحله پاسخ دادند. گروه نمونه تحت جلسات درمانی ماتریکس قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان ماتریکس بر بهبود خودبازداری (فرونشاندن خشم، مسئولیت پذیری و مراعات دیگران) و نظام باورها (اعتقادات و اعمال مذهبی، و حمایت اجتماعی) موثر بود. **نتیجه گیری:** جلسات درمانی ماتریکس در خود بازداری و نظام باورها در افراد وابسته به مت آمفتامین موثر است. **کلید واژه‌ها:** خودبازداری، نظام باورها، درمان ماتریکس، وابستگی به مت آمفتامین

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی:

m.rouholamin@yahoo.com

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های وابسته به مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (دالی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). به بیان دیگر اختلال مصرف مواد شیوع بالایی در جمعیت جهان دارد (دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل^۲، ۲۰۱۴). از این میان، مصرف مواد محرک شیوع رو به افزایشی پیدا کرده است و اکثراً جمعیت جوان را درگیر می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). جمعیت ایران عمدتاً متشکل از جوانان با میانگین سنی ۲۰-۴۰ سال می‌باشد. آگاهی کمتر جوانان در مورد علائم و نشانه‌های مصرف طولانی مدت مواد محرک به ویژه مت‌آفتامین، باعث شده، این مواد شیوع رو به افزایشی در ایران پیدا کنند. به گونه‌ای که سوء مصرف مواد محرک امروزه تبدیل به یکی از جدی‌ترین نگرانی‌های اجتماعی شده است (اخانی، بیرشک، حبیبی و عاشوری، ۱۳۹۷).

آفتامین‌ها احساس سرخوشی ایجاد می‌کنند و احساس خستگی را رفع می‌کنند. سطح فعالیت را بیشتر و ایجاد بی‌اشتهایی می‌تمایند. سرخوشی ایجاد شده از طریق آفتامین‌ها باعث افزایش احتمال سوء مصرف می‌شود. وابستگی و سوء مصرف آفتامین‌ها ناشی از تداخل عوامل مختلف (اجتماعی، روانی، فرهنگی و زیستی) و اثر آن‌ها بر رفتارهای مصرف کننده مواد است (دانشمند، ۱۳۸۸). از اثرات جسمی مصرف این مواد می‌توان به تهوع، افزایش فشار خون و درجه حرارت بدن، نارسایی سیستم قلب و عروق، مشکلات کلیوی، خشکی دهان، اختلال در تعادل، صرع و کما اشاره کرد (سید فاطمی، خوشنوايي، بهبهانی و حسینی، ۲۰۰۷). خسارت جانی و مالی و پیامدهای اجتماعی، همچون هزینه‌های اقتصادی، مرگ، خودکشی، بزه‌های سنگین، ازدواج‌های ناموفق و خطر بیماری‌های آمیزشی مانند ایدز و هپاتیت در اثر سوء مصرف این مواد را نیز نباید از نظر دور داشت (حدادی، ۲۰۱۵). در کل این ماده به شدت اعتیادآور بوده به نحوی که تداوم مصرف و اثرات مخرب آن در طی زمان، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری،

روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک می‌شود (پیتزو رایلی^۱، ۲۰۱۰). بنابراین درمان این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. در همین راستا درمان‌گران و پژوهش‌گران بسیاری برای تدوین مدل‌های درمانی تلاش کرده‌اند (راوسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از رویکردهای درمانی امیدبخش در سال‌های اخیر، مدل درمان سرپایی ماتریکس است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند در این روش درمانی، با وجود طولانی بودن دوره درمان، بیماران بیشتر درمان را ادامه می‌دهند و آزمایشات منفی مت‌آفتمین در طول این دوره بیشتر دیده می‌شود (حدادی و همکاران، ۱۳۹۳). برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک شده، مداخله سرپایی فشرده و ساختاری است که به مدت ۱۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌شود (مکری، ۲۰۱۳). هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بوده که به نیازهای بیماران سوء مصرف کننده محرک‌ها پاسخ‌گو بوده و در ضمن توانسته پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی باشد (احتشامی و همکاران، ۱۳۹۷).

۹۱

متعهد کردن معتادین مت‌آفتمین به درمان، واضحاً اولین گام لازم در هر نوع درمان

91

است. این بیماران را مشکل می‌توان درمان کرد و اغلب نسبت به درمان و فعالیت‌های توصیه شده، مقاوم به نظر می‌رسند. معتادان اغلب در حالی وارد برنامه‌های درمان سرپایی می‌شوند که هنوز تحت تاثیر دارو بوده یا در مراحل اولیه محرومیت از مت‌آفتمین هستند. در نتیجه اغلب از نظر عاطفی بسیار حساس و از نظر فکری و رفتاری دمدمی مزاج هستند. معتادان به مت‌آفتمین اغلب نسبت به وسوسه، علت آن و چگونگی مقابله با آن آگاه نیستند. برای بسیاری افراد، وسوسه به مت‌آفتمین چنان ناتوان کننده است که بدون استثنا به عود مصرف می‌انجامد (صادقی، سلطانی، رئیسی و نیک فرجام، ۱۳۹۱). اضافه شدن درمان‌های روان‌شناختی به درمان معمول سوء مصرف کنندگان مواد منجر به بهبود نتایج درمانی می‌شود. راهبردهای مبتنی بر مدل‌های روان‌شناختی اعتیاد در تمام مراحل مسیر درمان شامل درگیر نمودن، ارزیابی، نگهداری، بازگیری حمایت شده و پیشگیری از عود نقش مهمی ایفا می‌کند. به منظور دستیابی به حداکثر اثربخشی خدمات درمانی باید

مداخلات روان‌شناختی را در تمام جنبه‌های کار ادغام نمود. با مداخلات روان‌شناختی و روانی، می‌توان به ایجاد انگیزه برای رسیدن به یک هدف و تدوین برنامه‌های مدیریت عود کمک کرد. از درمان‌های روان‌شناختی می‌توان برای درمان مشکلات زمینه‌ای که منجر به تداوم سوء مصرف مواد می‌شود بهره برد (نوروزی، صابری زفرقندی و گیلانی‌پور، ۱۳۹۰).

از ویژگی‌های فردی بسیار موثر در درمان اعتیاد، توانایی ایجاد خودبازداری در خویش است. خودبازداری به عنوان توانایی پیروی از درخواست معقول، تعدیل رفتار مطابق با موقعیت، به تاخیر انداختن ارضای یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده اجتماعی، بدون مداخله و هدایت مستقیم فردی دیگر تعریف شده است. اساس خودبازداری، توانایی فرد در کنترل ارادی فرایندهای درونی و برون دادهای رفتاری است. همچنین خودبازداری دارای مولفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است و سبب تسهیل رشد اخلاق و وجدان اخلاقی می‌شود (عابدی و شاکردولق، ۱۳۹۶). و سوسه بیان‌کننده احساس خواستن و گرایش به محرک خوشایند است. از این رو خودبازداری می‌تواند عاملی برای کاهش اثرات و سوسه به مصرف مواد باشد (مغانلو و کولیوند، ۱۳۹۷). یکی از مباحث مهم در خصوص هیجانات، مفهوم خود کنترلی و خودبازداری به عنوان مولفه‌های فراشناختی است که به توانایی مدیریت و اداره هیجانات و کنترل تکانه‌های خود اشاره دارد. در نهایت این عمل به خود تعدیلی منجر می‌شود (مجد تیموری، ۱۳۸۶). مغانلو و کولیوند (۱۳۹۷) نشان دادند که تمیز یافتگی خود و خود کنترلی شناختی از عوامل مهم موفقیت ترک در معتادان بشمار می‌آید.

بازداری زدایی به کمبود کنترل بر پاسخ‌های رفتاری اشاره دارد و ارتباط تنگاتنگی با صفت شخصیتی تکانشگری دارد (داو، گالو و لاکستون، ۲۰۰۴). افرادی با تکانشگری بالا، تمایل به پاسخ سریع بدون دوراندیشی و برنامه‌ریزی دارند. شواهد حاکی از نقش موثر کمبود دوراندیشی و بازداری و کنترل تکانه‌های رفتاری، بر دائمی شدن مصرف مواد

است (جنش و تیلور^۱، ۱۹۹۹؛ داو، گالو و لاکستون، ۲۰۰۴؛ و لایمن، یوسل و پانتلیس^۲، ۲۰۰۴). در حالی که مبانی دقیق زیست شناختی بازدارنده‌ی رفتاری ناشناخته است، احتمال می‌رود این رفتارها منعکس کننده‌ی آسیب به لب پیشانی مغز (که منجر به عدم کنترل بازدارنده می‌شود) باشد. این امر خود می‌تواند در اثر مصرف مداوم و مزمن مواد ایجاد شود (جنش و تیلور، ۱۹۹۹؛ داو و لاکستون، ۲۰۰۴؛ لایمن، یوسل و پانتلیس، ۲۰۰۴؛ و یوسل و لایمن، ۲۰۰۷). مطالعات طولی نشان داده که نمرات تکانشگری در کودکی پیش‌بینی کننده‌ی تجربه‌ی مصرف مواد در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی هستند و به این ترتیب بازدارنده‌ی رفتاری ممکن است در شروع سوء مصرف مواد دخیل باشد (استایگر^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). رضایی و حمداله (۱۳۹۵) نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک بر خودبازداری در معتادان نگهداری شده در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد، موثر است. در سال‌های اخیر نظام باورها، باورهای مذهبی در فرایند مقابله با اعتیاد، محوریت و اهمیت بسیار یافته است. به همین دلیل انتظار می‌رود در فرهنگ‌هایی که مذهب به عنوان یک شیوه زندگی تفسیر می‌شود، باورهای مذهبی در تمام ابعاد زندگی از جمله گرایش به رفتارهای ضد اجتماعی و اعتیاد نفوذ کرده باشد. به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تاثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهد و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خود نظم‌دهی انسان کمک می‌کند. به این دلیل است که از باور مذهبی به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد می‌کنند (بزازیان، رجایی و افسری، ۱۳۹۳). روشن است که اعمال مذهبی ممکن است عاملی حمایت کننده در برابر مصرف مواد به ویژه در میان افرادی که به صورت منظم در مکان مذهبی حضور می‌یابند (بلوم^۴ و همکاران، ۲۰۰۳) و به آموزه‌های مذهبی‌شان عمل می‌کنند (هادج، کاردناس و مونتایا^۵، ۲۰۰۱)، اعتقاد به اهمیت دین یا مذهب در زندگی‌شان دارند (میلر، دیویس و گرینوالد^۶، ۲۰۰۰)، یا طی دوران کودکی

1. Jentsch, & Taylor
2. Lubman, Yucel, & Pantelis
3. Steiger

4. Blum
5. Hodge, Cardenas, & Montoya
6. Miller, Davies, & Greenwald

تربیت مذهبی دارند (دالگالاروندو، سولدارا، کوری فیلهو و سیلوا، ۲۰۰۴) باشد. در این راستا، کرمی (۱۳۹۱) در مطالعات خود نشان داد که بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد. با توجه به مطالب گفته شده با در نظر گرفتن افزایش مصرف کنندگان مت‌آفتمین و دشواری درمان و پایداری درمان این افراد، و با توجه به اهمیت خودبازداری و نظام باورها در پایداری درمان مت‌آفتمین، این مطالعه به پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر خودبازداری و نظام باورهای سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین پرداخته است. بی شک توجه به این قبیل تفاوت‌ها عامل مهم تعیین کننده‌ای در تدوین طرح‌های درمانی و فرجام آن محسوب می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری سوء مصرف کنندگان شیشه بودند که از بین مراجعه کنندگان جهت درمان به دو مرکز درمانی مت‌آفتمین در اصفهان انتخاب شدند. محقق از بین مراجعه کنندگان ۱۰۰ نفر را که آمادگی شرکت مداوم در جلسات ماتریکس را داشتند به روش دردسترس انتخاب کرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- محدود سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۲- داشتن حداقل تحصیلات متوسطه؛ ۳- تمایل شخصی افراد برای شرکت در آزمون‌ها؛ ۳- مصرف مت‌آفتمین حداقل به مدت ۱۲ ماه؛ ۴- تمایل شخصی افراد برای شرکت مداوم در دوره درمان ماتریکس؛ ۵- تمایل شخصی افراد برای شرکت در آزمون مجدد. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- مثبت بودن تست در هر دوره از آزمون‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره‌های کلاسی که توسط پرستار دائم چک می‌شد؛ ۲- عدم تمایل به ادامه شرکت در کلاس‌ها؛ ۳- عدم تمایل ادامه یا شرکت در پیش‌آزمون؛ ۴- عدم تمایل ادامه یا شرکت در پس‌آزمون. شرکت کنندگان توسط درمانگر مراکز درمانی معرفی شدند. ابتدا

روند پژوهشی برای آن‌ها توضیح داده شد. سپس رضایت آگاهانه گرفته شد. ابتدا برای شروع به صورت مصاحبه از هر فردی پرسش‌نامه‌های خودبازداری و نظام باورها به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس جلسات درمانی ماتریکس برای همه ارائه شد و در آخر از تمام افراد به صورت مصاحبه هر دو پرسش‌نامه به عنوان پس‌آزمون انجام شد. طبق معیار خروج از پژوهش در طی این مراحل افراد از نظر پاکی توسط پرستار تست می‌شدند. در نهایت تعدادی از بیماران در مراحل پژوهش از نظر پاکی و تعدادی از نظر شرکت در جلسات ریزش داشتند و ۴۵ نفر تا آخر پژوهش همکاری کردند. لازم به ذکر است که اصول و ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این طرح عبارتند از: ۱- گمنام بودن بیماران و سابقه آن‌ها؛ ۲- اختیاری بودن شرکت در مراحل پژوهش؛ ۳- آزادی انتخاب در ادامه دادن یا انصراف در هر دوره از درمان.

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودبازداری: پرسش‌نامه خودبازداری^۱ در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز^۲ با ۳۰ گویه و چهار خرده‌مقیاس فرونشاندن خشم (سوالات ۳۰، ۲۸، ۲۵، ۲۲، ۱۰، ۲۰، ۶)، کنترل تکانه (سوالات ۲۷، ۲۴، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۸، ۳، ۲)، مراعات دیگران (سوالات ۲۶، ۱۹، ۱۶، ۱۱، ۷، ۵، ۱)، مسئولیت‌پذیری (سوالات ۲۹، ۲۳، ۲۱، ۱۴، ۱۳، ۹، ۴) تهیه شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل، فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران، و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۳۹، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش شده است. روایی محتوایی مناسب گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی کل ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل، در این مطالعه ۰/۸۶۵ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه نظام باورها: هالند^۳ و همکاران در سال ۱۹۹۸ پرسش‌نامه نظام باورها^۴ را به منظور سنجش باورها و عقاید مذهبی نه چندان آشکار تهیه کردند. از ۱۵ گویه تشکیل شده که افراد باید میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از آن عبارات در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای مشخص کنند. این ابزار از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است.

1. Self-restraint
2. Weinberger and Schwartz (SRS)

3. Holland (SBI-15-R)
4. beliefs systems

خرده‌مقیاس اعتقادات و اعمال مذهبی (سوالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵) که اعتقاد به وجود پروردگار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی (سوالات ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۳) میزان حمایتی که فرد از گروه دینی و مذهبی خود دریافت می‌کند را می‌سنجد. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی مذهبی بودن می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ کل، اعتقادات و اعمال مذهبی، حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، و ۰/۸۹ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی برای هر دو گروه افراد مذهبی و غیر مذهبی ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل در این مطالعه ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا

جلسات ساختاری از سه پیش جلسه و ۲۴ جلسه روان درمانی ساختاری با دستور جلسات معین تشکیل شده بود. هر جلسه دارای نما و محتوایی از پیش تعیین شده بود که ۴۵ دقیقه طول می‌کشید. در هر جلسه تکالیفی به افراد ارائه می‌شد (مکری، ۱۳۹۰). بعد از انتخاب نمونه و اجرای پیش‌آزمون، جلسات درمان ماتریکس به شرح جدول ۱ اجرا شد. بعد از اتمام درمان پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان ماتریکس

جلسات	محتوا	جلسات	محتوا
۱	چرا مواد را ترک می‌کنیم (ترازوی تغییر)، دادن تکلیف	۱۳	بی‌حوصلگی و افسردگی، دادن تکلیف
۲	شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده‌ها)، دادن تکلیف	۱۴	رفتارهای جلوگیری از عود، دادن تکلیف
۳	سیر بهبودی نقشه راه، دادن تکلیف	۱۵	فعالیت‌های مستعدکننده به عود، دادن تکلیف
۴	شروع کننده‌های بیرونی، دادن تکلیف	۱۶	کار و بهبودی، دادن تکلیف
۵	شروع کننده‌های درونی، دادن تکلیف	۱۷	شرم و گناه، دادن تکلیف
۶	بی‌اعتمادی خانواده، دادن تکلیف	۱۸	مشغول ماندن، دادن تکلیف
۷	کاهش انرژی، دادن تکلیف	۱۹	انگیزه برای بهبودی، دادن تکلیف
۸	مصرف نایجای دارو، دادن تکلیف	۲۰	راستگویی، دادن تکلیف
۹	وسوسه، نحوه شکل‌گیری و برخورد، دادن تکلیف	۲۱	پاکی کامل، دادن تکلیف
۱۰	با وسوسه باید چه کار کرد، دادن تکلیف	۲۲	روابط جنسی اعتیاد گونه
۱۱	راه‌های نادرست برخورد با وسوسه، دادن تکلیف	۲۳	پیش‌بینی عود و جلوگیری رفتارها و افکار
۱۲	افکار و احساسات پیش‌ساز رفتار مصرف، دادن تکلیف	۲۴	مرور جلسات گذشته و پاسخ به سوالات

یافته‌ها

تعداد ۲۲ نفر (۴۸/۹٪) از شرکت کنندگان تحصیلات کمتر از دیپلم، تعداد ۱۹ نفر (۴۲/۲٪) دیپلم و ۴ نفر (۸/۹٪) فوق دیپلم به بالا بودند. تعداد ۲۲ نفر (۴۸/۹٪) از شرکت کنندگان ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۲ نفر (۲۶/۷٪) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۱ نفر (۲۴/۴٪) ۳۱ سال به بالا داشتند. برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از آزمون t وابسته استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی این پیش فرض در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها	آماره Z	معناداری	متغیرها	آماره Z	معناداری
فرونشاندن خشم	۲/۸۰۰	۰/۷۰۹	مسئولیت‌پذیری	۲/۲۵۰	۰/۵۸۳
کنترل تکانه	۳/۳۳۳	۰/۶۰۴	اعتقادات و اعمال مذهبی	۳/۶۶۶	۰/۳۱۹
مراعات دیگران	۳/۱۲۵	۰/۶۵۳	حمایت اجتماعی	۱/۸۳۳	۰/۸۸۶

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمام متغیرها پیش فرض توزیع نرمال برقرار است.

۹۷

97

جدول ۳: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر خودبازداری

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین	آماره t	معناداری
فرونشاندن خشم	پیش آزمون	۱۶/۸۲	۳/۶۰	۲/۱۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۸/۲۸	۴/۱۲		
کنترل تکانه	پیش آزمون	۲۳/۷۱	۳/۹۹	۳/۵۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۶/۰۰	۳/۵۹		
مراعات دیگران	پیش آزمون	۲۴/۷۲	۴/۱۴	۲/۸۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۶/۸۲	۳/۳۱		
مسئولیت‌پذیری	پیش آزمون	۱۹/۶۰	۴/۰۹	۲/۵۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۱/۳۱	۴/۳۳		

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود درمان ماتریکس بر همه مولفه‌های خودبازداری موثر بوده است. نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر نظام‌باورها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر نظام باورها

متغیرها	میانگین	انحراف - استاندارد	اختلاف میانگین	آماره t	معناداری
اعتقادات	۱۷/۸۰	۵/۲۳	۳/۸۹	۴/۳۵	۰/۰۰۰۵
واعمال مذهبی	۲۱/۶۰	۴/۷۴			
حمایت	۸/۸۴	۲/۹۹	۲۳/۷	۶/۵۸	۰/۰۰۰۵
اجتماعی	۱۱/۵۷	۲/۰۵			

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود درمان ماتریکس بر همه مولفه های نظام باورها موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای این مطالعه بررسی اثربخشی درمان ماتریکس در بهبود خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد درمان ماتریکس در بهبود خودبازداری موثر بوده است. افرادی که خودبازداری پایینی دارند، در پیش بینی پیامدهای بلند مدت رفتار خود مشکل دارند. بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری بازبینی می کنند. بر عکس افراد دارای خودبازداری بالا به دلیل این که به آسانی می توانند آینده سوء رفتارهای خود را خطر آفرین و هزینه بر تشخیص دهند به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می شوند. با توجه به این که پژوهشی برای مقایسه در این زمینه انجام نشده بود به بررسی تک تک شاخص های خودبازداری می پردازیم. درمان ماتریکس در بهبود فرونشاندن خشم موثر بود. یافته ها نشان می دهند آموزش مدیریت خشم در کاهش خشم افراد وابسته به مت آمفتامین اثربخش است. نتایج یافته های پرسلین^۱ (۲۰۰۵)، پورتر^۲ (۱۹۹۷)، سیساس^۳ (۲۰۰۰)، لارسن^۴ (۲۰۰۰)، شارپ^۵ (۲۰۰۳)، و نویدی (۲۰۰۹) نشان می دهد فرونشاندن خشم در موفقیت درمان موثر است. پژوهشگران در بررسی فرا تحلیل مداخله های مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری در بسیاری از مواقع و در بین گروه های مختلف

1. Breslin
2. Portner
3. Sipsas

4. Larson
5. Sharp

موثر بوده است. مهمترین وجه این نوع درمان در مدیریت خشم، بازسازی شناختی است. درمانگران معتقدند باورهای غیرمنطقی رفتارهای ناسازگارانه در پی دارد و به دست آوردن بینش و شناخت نسبت به باورهای غیرمنطقی و تمرین باورهای منطقی می تواند باعث فرو نشاندن خشم و رفتارهای ناسازگارانه از جمله اعتیاد شود. یافته ها نشان می دهند درمان ماتریکس در بهبود کنترل تکانه افراد وابسته به مت آمفتامین اثربخش است. مومنی، مشتاق و پورشهباز (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بیان کردند که کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری و ولع مصرف موثر است. در بسیاری از موارد، تلاش برای مهار رفتارهای تکانه ای و عدم توفیق در کنترل آن ها به احساس شرم و سرزنش خود و افسردگی بعد از ارتکاب فعال منجر می شود. یکی از موارد برجسته از رفتارهای تکانه ای در مصرف کنندگان مت آمفتامین شکل گیری رفتارهای جنسی بی مباله، بی بندوبار و تکانه ای است. بیماران در مواجهه با محرک های جنسی حتی با وجود موانع اخلاقی، قانونی و عرفی، تسلیم آن ها شده و رفتارهای جنسی بی محابا و پرخطر شکل می گیرند. ساختار جلسات و آموزش ها به بیماران کمک می کند که کنترل تکانه خود را افزایش دهند. همچنین درمان ماتریکس در بهبود مولفه های مراعات دیگران در افراد مصرف کننده مت آمفتامین موثر بوده است. افراد مصرف کننده در این جلسات یاد می گیرند شناخت وظیفه، پایه انجام وظیفه است. انسان ها در جامعه نسبت به یکدیگر وظایف متقابل دارند و به تعبیری بر عهده خویش نسبت به افراد دیگر حقوق متقابل دارند. شناخت این حقوق و انجام آن ها و مراعات دو جانبه، ضامن تصحیح روابط و سالم سازی معاشرت ها و زدودن کدورت ها و کاهش اختلاف ها و گله مندی هاست. مراعات دیگران و اجرای وظایف متقابل، جامعه ای آرمانی، با صفا و صمیمیت، همبسته و منسجم، عاطفی و نیرومند پدید می آورد که از حرارت ایمان و شوق برخوردار است. افراد در سایه این مودت و صداقت و مراعات، به قدرتی استوار و مجموعه ای مستحکم و خلل ناپذیر تبدیل می شوند. درمان ماتریکس بر ارتقای مسئولیت پذیری در افراد مصرف کننده مت آمفتامین موثر بود. بیماران در طی جلسات موظف و متعهد بودن نسبت به انجام کارهایی که به عهده ماست را می آموزند. هر کدام از این امور را که درست انجام

دادیم، یعنی مسئولیت پذیریم. اگر در جایگاهی که هستیم وظایف خود را نشناسیم و درست انجام ندهیم، مسئولیت گریز می شویم. گروهی از مسئولیت‌ها ذاتی و گروهی اکتسابی‌اند. بستگی به جایگاهی که قرار می‌گیریم مسئولیت‌ها متفاوت می‌شوند. اگر نتوانیم ابتدا جایگاه خود را درست بشناسیم، نمی‌توانیم وظایف و در پی آن مسئولیت‌های خود را درست انجام دهیم. افراد مسئولیت‌پذیر هدف دارند. در هر جایگاهی که هستیم هدفی مشخص کنیم تا نسبت به آن شناخت یابیم و وظایف و مسئولیت‌ها را نسبت به آن جایگاه انجام دهیم.

درمان ماتریکس بر نظام باورها نیز موثر بود. ممکن است فردی در لایه‌های عمیق ذهن خود باور داشته باشد که آدم بی‌ارزشی است و لیاقت لذت بردن از زندگی و دریافت نعمات را ندارد. حتی خود او هم از این باوری که در ضمیر ناخودآگاهش جای گرفته، آگاهی ندارد. ضمیر خودآگاه او دوست دارد که در زندگی پیشرفت کند. اما ضمیر ناخودآگاه این فرد بنا بر باوری که در او ثبت و نگهداری شده، مانع رسیدنش به بسیاری از موهبت‌های زندگی می‌شود. هرگاه بین ضمیر خودآگاه و ناخودآگاه تعارض پیش بیاید، این ضمیر ناخودآگاه است که همواره پیروز میدان است. پس شناسایی این باورهای منفی از اهمیت بسیاری برخوردار است. مشاوران و روان‌درمانگران شناخت‌ها، افکار و باورهای مراجعان را پیوسته بازبینی کرده و نسبت به اصلاح و پاکسازی آن‌ها از باورهای غیرمنطقی اقدام می‌نمایند (یوسفی لویه، ۱۳۸۸). بشر در آستانه این قرن به این باور رسیده که با استفاده از تکنولوژی فکر می‌تواند به ناکامی‌های گذشته خود پایان داده و از نو تحولی بزرگ در خود ایجاد نماید. می‌تواند با حرکت نرم افزاری در وجود خود، تمام سیستم تفکر و باورهایش را عوض کرده و به شخصیت جدیدی و در نهایت به دنیایی از اعتماد به نفس، سلامتی، نشاط و آرامش رسیده و زندگی نوینی را پایه‌گذاری کند. هر آنچه را که بخواهد، بیندیشد و خلق کند. عالی‌ترین ارتباطات را با انسان‌ها برقرار کرده و در همه عرصه‌های زندگی خود طوفانی از موفقیت به پا کند. اساس این تکنولوژی استفاده درست از قدرت بیکران ضمیر ناخودآگاه است. ضمیر ناخودآگاه کامپیوتری بسیار عظیم، قدرتمند و با سرعت پردازش بی‌نظیر است که می‌تواند تحولی عظیم را در انسان به وجود

آورد. تکنولوژی فکر این مقوله را در انسان به طور سیستماتیک و اصولی سامان می‌دهد و او را به گونه‌ای برنامه‌ریزی می‌کند که به طور اتوماتیک درست، زیبا و خلاق بیندیشد. اگر انسان‌ها بتوانند با اشتیاق فراوان به علم، ثروت، سلامت، آرامش و معنویت فکر کنند قطعاً عالم، ثروتمند، سلامت، آرام و با دنیایی از معنویت زندگی خواهند کرد و در دنیا و آخرت سعادت‌مند خواهند شد. این موفقیت نصیب کسانی خواهد شد که این‌گونه بیندیشند. اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌های بیماران است. مصرف مواد تحت تاثیر نگرشی است که فرد به مواد دارد. شکل‌گیری نگرش مثبت و منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد از یک سو و میزان ارزشمندی است که برای آن قائل هستند. نگرش به مواد دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بوده است و شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسئله اعتیاد و اجتناب از مواد (تاجری، احدی و جمهری، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه پژوهشی برای مقایسه در این زمینه انجام نشده بود به بررسی تک تک شاخص‌های نظام باورها می‌پردازیم. درمانی ماتریکس بر اعتقادات و اعمال مذهبی در افراد مصرف‌کننده مت‌آفتمین موثر است. شواهد نشان می‌دهد، رابطه معنادار و با ثباتی بین مذهب و معنویت از یک طرف و سلامت افراد از سوی دیگر وجود دارد. برای افراد معتاد زندگی حول به دست آوردن، مصرف و بهبودی از اثرات مواد متمرکز است. ممکن است احساس کنند از دیگران جدا شده‌اند و چیز زیادی از زندگی‌شان نمانده است. احساس می‌کنند زندگی‌شان بدون معنا است و هیچ هدف متعالی یا معنوی برای آن وجود ندارد. احساس می‌کنند هیچ قدرتی بزرگ‌تر از خودشان برای کمک به آن‌ها وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های به عمل آمده در بسیاری از کشورهای دنیا نشان می‌دهد برای آرامش انسان و داشتن یک اراده قوی، باید عاملی به نام مذهب و گرایش به خدا در جامعه گسترش یابد. بی‌توجهی به آموزه‌های مذهبی و فاصله گرفتن از ارزش‌های معنوی و در مقابل گرایش به ارزش‌های مادی و ظاهری یکی از عوامل مهمی است که شاید بتوان گفت در کنار عدم

کنترل والدین باعث ایجاد انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، بین نوجوانان و جوانان می‌شود. چرا که مذهب عاملی است که در هر شرایط قادر است با چراغ قرمزهایی مانع بروز آسیب‌های اجتماعی شود. بی‌توجهی به آموزه‌های دینی از سوی بسیاری از والدین و در کنار آن موج تهاجم فرهنگی که به شکل‌های مختلف ذهن فرزندان ما را نشانه گرفته‌اند از مهمترین عوامل مذهب‌گریزی جوانان و نوجوانان می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد داشتن جهان‌بینی مذهبی در معنابخشی به زندگی، امید به زندگی و احساس امنیت خاطر تأثیر به‌سزایی دارد و مانند سپری در مقابل از خودبیگانگی و خلأ وجودی عمل می‌کند. به عبارت دیگر، مذهب به زندگی انسان جهت می‌دهد، از او در مقابل فشارهای روانی محافظت می‌کند، و در نتیجه سلامت روانی باعث کاهش مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، خودکشی، عزت‌نفس پایین و تنهایی می‌شود. در نتیجه، تأمین بهداشت روانی، فرد را از مصرف تفریحی یا اعتیاد به مواد مخدر و الکل و شیشه‌باز می‌دارد. معمولاً مذهب در سه سطح می‌تواند مصرف مواد را تحت تأثیر قرار دهد. اولین تأثیر مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و هدفمند نمودن زندگی باشد. در این صورت برای داشتن زندگی سالم مصرف مواد عملی پسندیده نیست. دومین تأثیر مذهب مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. سومین تأثیر مذهب شامل برنامه‌هایی است که برای کمک به افراد معتاد در جهت ترک و همچنین پرهیز از عود مجدد در آنان فراهم شده است. یکی از شیوه‌هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می‌دهد پرورش جنبه‌های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می‌دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می‌کند. بنابراین تأمین بهداشت روانی می‌تواند فرد را از مصرف تفریحی یا اعتیاد به مواد مخدر بازدارد و از طرف دیگر باعث کاهش مشکلاتی مثل افسردگی، احساس از خود بیگانگی، تنهایی و عزت‌نفس پائین می‌شود که فرد را مستعد مصرف مواد می‌کند. درمان ماتریکس بر حمایت اجتماعی در افراد مصرف‌کننده مت‌آفتمین موثر است. دباغی (۱۳۸۶) و اختری، خدایی، یاقوتی

زرگر و فیض‌الهی (۱۳۹۵) در پژوهش خود بیان داشتند که حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد موثر است. افرادی که مشارکت فعال‌تری در گروه‌های حمایتی دارند به احتمال بیشتری مدت پاک‌ی آن‌ها افزایش می‌یابد. نتایج تحقیق الیسا، برنیچون، یو، روبرت و هرل^۱ (۲۰۰۴) نشان عوامل مثبتی چون حمایت و همراهی خانواده در افراد وابسته به مواد می‌تواند کمک شایانی در ترک اعتیاد داشته باشد. حمایت اجتماعی از طریق صمیمیت و ارتباطات نزدیک تنگاتنگ اجتماعی اثرات مخرب استرس را کاهش می‌دهد و از این طریق به عنوان یک ضربه‌گیر عمل می‌کند.

در دسترس نبودن نمونه زنان از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود به بررسی عمیق‌تر تاثیر مدل درمانی ماتریکس و تاثیر و تغییر پارامترهای شناختی- رفتاری بیماران مبتلا به مصرف شیشه، جهت طول عمر پاک‌ی آن‌ها، پرداخته شود. همچنین مطالعات بر روی گروه زنان تکرار شود.

منابع

احتشامی، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مگری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا؛ و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آفتمین در شهر زنجان. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۲۶ (۱۱۷)، ۳۱-۲۱. اخانی، افسانه؛ بیرشک، بهروز؛ حبیبی، مجتبی؛ و عاشوری، احمد (۱۳۹۷). مقایسه توانایی یادگیری و حافظه در افراد وابسته به مت‌آفتمین با افراد وابسته به اپیوئید و سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۴۴-۲۳۰. اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن؛ و فیض‌الهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳ (۱۰)، ۳۳-۵۴.

بزازیان، سعیده؛ رجایی، یداله؛ و افسری، لیلا (۱۳۹۳). نقش بازدارنده باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی. *روانشناسی خانواده*، ۱۹ (۱)، ۲۸-۱۹.

تاجری، بیوک؛ احدی، حسن؛ و جمهری، فرهاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲)، ۲۹-۱.

حدادی، روح‌اله؛ مطلق، نفیسه؛ کمالی، زینب؛ محمدی، شهناز؛ کشاورز، قاسم؛ و بخت، سپیده (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت‌آفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۶۹-۵۷.

دانشمند، رضا (۱۳۸۸). مروری بر درمان و سوء مصرف آفتامین‌ها. *فصلنامه اعتیاد*، ۹، ۶۳-۶۱. دباغی، پرویز (۱۳۸۶). *اثربخشی شناخت درمانی بر اثر تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های مصنوعی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

رضایی، سعیده؛ و حمداله، حمداله (۱۳۹۵). *اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودبازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد*. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.

صادقی، مانلی؛ سلطانی، هدیه؛ رئیس، حمید؛ و نیک فرجام، علی (۱۳۹۱). *راهنمای درمان مت‌آفتامین*. تهران: انتشارات سپید برگ.

عابدی، زبیا؛ و شاکردولق، علی (۱۳۹۶). مقایسه خودبازداری، بنیان‌های اخلاقی و جهت‌گیری زندگی در والدین سازگار و ناسازگار کودکان آموزش پذیر کم توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۱)، ۳۰-۱۷.

کرمی، جهانگیر (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان. *دست‌آورد های روان‌شناختی*، ۱۹(۲)، ۱۴-۱.

مجد تیموری، فریا (۱۳۸۶). مهارت زندگی - هوش هیجانی، فراشناخت و مهارت‌های کنترلی و خود بهبودبخشی. *فرهنگ آموزش*، ۳، ۱۷-۶.

مغانلو، مهناز؛ و کولیوند، زهرا (۱۳۹۷). مقایسه تمایز یافتگی خود و خودکنترلی شناختی معتادان موفق به ترک و مبتلایان به وابستگی مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۱۲۰-۱۰۱.

مکری، آذرخش (۱۳۹۰). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک براساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهال؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۱)، ۸۳-۹۸.

نوروزی، علیرضا؛ صابری زفرقندی، محمد باقر؛ و گیلانی پور، مهسا (۱۳۹۰). *راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد*. تهران: انتشارات سپید برگ.

یوسفی لویه، مجید (۱۳۸۸). اصلاح نظام باورها. *فصلنامه مشاور*، ۵(۱)، ۵۵-۵۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. United States.

Blum, R. W. W., Halcon, L., Beuhring, T., Pate, E., Campell-Forrester. S., & Venema, A. (2003). Adolescent health in the Caribbean: Risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456-460.

Daley, A. C., Marlatt, G. A., Lewinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (2005). *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)* 4th edit. Boston: Williams & Wilkin.

Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2014). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.06.004.

Dslgalarrondo, P., Soldera. M. A., Correa Fillo, H. R., & Silva, C. A. M. (2004). Religiaoso de drogapor adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 82-90.

Ellisa, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T. & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 213-221.

Hadadi, R. (2015). On the comparison of the therapeutic effects of matrix treatment on severity of addiction and mental health between female and male methamphetamine abusers. *Research on Addiction*, 8(31), 57-69.

Hodge, D. R., Cardenas, P., & Montoya, H. (2001). Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25(3), 153-160.

Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from fronto-striatal dysfunction in drug abuse: Implications for the control of behavior by reward related stimuli. *Psychopharmacology*, 146, 373-390.

Larson, J. D. (2000). Anger and aggression management techniques through the think first curriculum. *Offender Rehabilitation Journal*, 4(18), 101-117.

Lubman, D. I., Yucel, M., & Pantelis, C. (2004). Addiction, a condition of compulsive behavior? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*, 99, 1491-1502.

- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190-1197.
- Naveedy, A. (2009). The Efficacy of Anger Management Training on Adjustment Skills of High School Male Students in Tehran. *Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(14), 394-403.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2010). *Interventions for Amphetamine Misuse*. United States: Blackwell publishing LTD.
- Portner, J. (1997). Violence-prevention program reduces aggressive behavior. *Education*, 36(4), 400-413.
- Rawson, R. A., Casey, P. M., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. ... Zweben, J. (2004). A multi site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Seyyed Fatemi, N., Khoshnavaye Foomani, F., Behbahani, N., & Hosseini, F. (2007). Assertiveness skill and use of ecstasy among Iranian adolescents. *Fundamentals of mental health*, 10, 265-272.
- Sharp, S. R. (2003). Effectiveness of an anger management training program based on Rational Emotive Behavior Theory (REBT) for middle school students with behavior problems. Available on URL: <http://www.lib.umi.com>.
- Sipsas, H. A. (2000). *The student created aggression replacement education program: A cross-generational application*. *Psychology and medicine*, 31(5), 247-258.
- UNODC. (2014). *world drug report*. New York: Vienna: united nations.
- Yucel, M., & Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioral dysregulation in human drug addiction: Implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug Alcohol Review*, 26, 33-39.