



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 هر گروه 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 دقیقه ای تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. و پس از اتمام درمان پس آزمون به عمل آمد.

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

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

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



## ۱- مقدمه

امروزه اعتیاد، طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برد و خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسن، پرسون، رز و شرمن<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 می‌باشد (Sadouk, Saduk & Ruiz<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). نسبت مصرف مواد در میان مردان و زنان ۲ به ۱ است (پیتر و آلیسیا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). اعتیاد یا وابستگی به مواد که در تقسیم بندی‌های روان پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است، به عنوان دومین اختلال شایع روانی محسوب می‌شود (انجمان روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ Sadouk و Sadouk، ۲۰۱۶). براساس ادبیات پژوهشی، حدود ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز دارند که مهم ترین آنها شامل اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشد (Sadouk و Sadouk، ۲۰۱۶). اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد، بیش از ۴۷ برابر بیشتر از جمعیت عادی رخ می‌دهد (گلدنر، لاستر؛ رم فشیر، ۲۰۱۴)<sup>۴</sup>. این میزان بالای هم آمیزی اختلالات خلقی و اضطرابی با سوء مصرف مواد در خور توجه می‌باشد، زیرا شواهد متعدد نشان می‌دهد 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 می‌گرددن (تیت، براون، آنرود و رامو، ۲۰۱۴؛ واگر و گرین، ۲۰۱۵)<sup>۵</sup>.

اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم می‌شوند: 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 وسوسی - جبری و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی)، دلیریوم و اختلالات عصبی شناختی (DSM - TR - 5)). تحقیقات نشان می‌دهد که اعتیاد به مواد مخدر چندوجهی یا چندعاملی است و عوامل مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی، فردی و ژنتیکی در این زمینه دخیل است (Sadouk و همکاران، ۲۰۱۵).

داروی متادون یک آگونیست<sup>۶</sup> طولانی اثر با نیمه عمر حدود ۲۴ تا ۳۶ ساعت می‌باشد و موثرترین دارو برای ترک معتادان از هروئین، متادون می‌باشد (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 اجرابی 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 اختلال‌های اضطرابی بیشتر مستعد سوء مصرف مواد هستند (فونساچت و برباند، ۲۰۱۶؛ سینهها، ۲۰۰۸<sup>۱۱</sup>). پلز، شرایبر و ادلسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که متادون مصرف می‌کنند، اضطراب زیادی را تجربه می-

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

<sup>2</sup> Sadouk , 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 نمی‌گذارد (کپنهاور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). درمان نگهدارنده با متادون با وجود اینکه احساس یکپارچگی و معناداشتن زندگی را ایجاد می‌کند، با این وجود بر بهبود تنظیم هیجانی تاثیر معناداری نداشته است (نالاسکووسکا و سیرپیاکلورسکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). از گذشته‌ها 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 می‌باشد، که اگر افراد توانایی مدیریت کردن آنها را نداشته باشند می‌تواند 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 مهم‌ترین قابلیت‌هایی است که برای سلامت روان باید داشته باشند (روم و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان، عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است(گارنسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ گارنسکی و کریچ، ۲۰۰۳) که در سازگاری با رویدادهای تنبیه‌گی زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (تمپسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸؛ گراس، ۲۰۰۴؛ به نقل از آهوان و همکاران ، ۲۰۱۷). افراد اطراف وابسته به مصرف مواد بر نحوه رفتار آنها تاثیر می‌گذارند. این افراد با نفوذ می‌توانند 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 می‌شود که عموماً در سنین نوجوانی بروز می‌کند (ماسویتا ، ویبوو ، سوفیانو ، ۲۰۱۹).

بررسی‌های اضطرابی نشان داده است که نشانه‌های اضطرابی دارای بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت می‌باشد. علاوهً جسمانی که در اضطراب مشاهده می‌گردد شامل تپش قلب فراینده و تنگی نفس و عمدتاً با عالم تنفسی مانند؛ بی‌قراری، خستگی، تنفس عضلانی، تحریک پذیری، و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می‌گردد (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 محرک‌ها تلقی می‌شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می‌سازد. اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی‌توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منبع درمان‌گی دانست (تهرانی و همکاران ، ۲۰۱۳). میزان شیوع اختلال‌های روانی در جوامع در حال صنعتی شدن رو به گسترش است. ایران، نیز یکی از کشورهایی است که می‌توان 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، کجلاف، صادق‌زاده ، ۲۰۱۱). معمولاً کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال پایین است و آنها به سختی می‌توانند در زمان حال زندگی کنند و عمدتاً در آینده به سر می‌برند. حتی وقتی که اتفاق مثبت و خوش آیندی رخ دهد (هال ، کلت ، بربیوس ، بینر ، اسکات ، ۲۰۱۶)<sup>۷</sup>.

درمان فراتشخصی یکپارچه نگر<sup>۸</sup> در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی – رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی را برای انواع اختلال‌های مختلف هیجانی به کار می‌رود. 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, kellett, Berrios ,Bains<sup>8</sup> Unified transdiagnostic treatment

یکپارچه<sup>۱</sup> (UP) برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به خصوص افراد مبتلا به اختلال‌های 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 نحوه‌ی تجربه و پاسخ‌دهی به هیجان‌های خود در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، بی‌همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تاکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به واسطه‌ی آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخ‌دهی هیجانی نامتناسب به نشانه‌های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می‌کند (تمامپسون و همکاران، ۲۰۱۰). بارلو و همکاران (۲۰۱۷) نسخه‌ی اولیه‌ی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی را برای یک نمونه‌ی ناهمگون از اختلال‌های هیجانی به کار بروند. نتایج حاصل از مقایسه‌ی نمرات پیش و پس از درمان، تغییرات معناداری را از نظر آماری آشکار ساخت. آنیکو و فیلیدینگ (۲۰۱۱) نیز، درمان فراتشخیصی هیجان مدار را با هدف نشانه‌گیری راهبردهای هیجانی ناسازگارانه برای درمان بیماری‌های مرتبط با استرس مورد بررسی قرار دادند و بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی به دست آورند (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ بوسل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ فارددوسو، ۲۰۱۴؛ بارلو، ۲۰۱۴؛ بیرشك و همکاران، ۲۰۱۳؛ مظاہری و همکاران، ۲۰۱۳).

رویکرد فراتشخیصی با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی آن می‌گذرد، توجه ویژه‌ی را به خود جلب کرده است (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). درمان‌های فراتشخیصی، اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های هیجانی نشان داده اند (نورتون و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به افزایش روزافزون افرادی که به درمان نگهدارنده با متادون در کشور روی می‌آورند، توجه به عوارض احتمالی جسمانی، روانی و شناختی ناشی از مصرف متادون به خصوص در حوزه‌های 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 بکپارچه 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 اختلال‌های اضطرابی، خلقی، اختلال وسوسی - اجباری و اختلالات مرتبط براساس DSM-5، ملاک‌های 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 داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ملاک‌های ورود در پژوهش عبارتند از رضایت از شرکت در پژوهش، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و استفاده از متادون بود. ملاک‌های 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>، اسپیترز<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 روانپژشکی بر پایه تعریف ها و معیارهای DSM-5 (انجمن روانپژشکی امریکا، ۲۰۱۳) است که برای هدف های بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اجرای SCID-1 به قضایت 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-1 دو نسخه دارد: نسخه بالینی که بیشتر تشخیص های روانپژشکی را پوشش می دهد و بیشتر برای کاربرد در محیطها و پژوهشها 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، غرابی 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 مطالعه‌ی (شریفی، اسعدي، محمدی، اميني، کاواني، و همکاران ۲۰۰۳) اين مصاحبه را پس از ترجمه فارسي بر روی ۲۲۹ نفر اجرا كردند. 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 بازارآمدی به مدت یک هفته ۹۵٪ بود (به نقل از شفیعی سنگ آتش، رفیعی نیا و نجفی، ۱۳۱۳).

### 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(بالسترووس، بیس و بولبنا، 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 کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۷) قرار دارند. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است که اعتبار مقیاس بر اساس همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۰ 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> Scudle bender

<sup>6</sup> Dualen

<sup>7</sup> Science Le



پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.74$  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 موادمhydr، گرایش به الكل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک) می‌باشد. شیوه نمره دهی آن براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که در جدول زیر امتیاز مربوط به هر گزینه ارائه گردیده است.

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

برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک نک سوالات آن بعد را با هم محاسبه نمایید. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده تمایل بالاتر فرد پاسخ دهنده به آن بعد خواهد بود و بر عکس. نمره کلی این پرسشنامه از ۳۸ تا ۱۹۰ خواهد بود. امتیازات بالاتر نشان دهنده میزان خطرپذیری بالاتر نوجوان پاسخگو خواهد بود و بر عکس. روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با مولفه‌های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی هفت بعدی است که  $64.84\%$  درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند.

### پرسشنامه اضطراب همیلتون

مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون از جمله اولین مقیاس‌هایی است که برای ارزیابی شدت علائم توسط ماکس هامیلتون در سال ۱۹۵۹ ساخته شد. از زمان ساخت، این مقیاس به طور شایعی برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی استفاده می‌شود (همیلتون، ۱۹۵۹). این آزمون نیمه ساختار یافته است. چندین مطالعه اعتباریابی، ارزش روان سنجی آن را ثابت کرده‌اند. این آزمون ۱۴ جزو 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 می‌شوند. 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  $0/6$ ، با  $SCL-90$  برابر با  $0/73$ ، و با ارزیابی بالینی  $0/77$  گزارش شده است. پایایی این آزمون توسط حق شناس از طریق بازآزمایی  $0/81$  گزارش شده است (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۱).

### مداخله

در این پژوهش از درمان یکپارچه فراتشخصی بارلو ( $2011$ ) طراحی شده است، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات  $45$  دقیقه‌ای و در طی  $12$  هفته متوالی به شیوه گروهی در مرکز مشاوره آموزش و پژوهش مشهد اجرا گردید. جلسات گروهی به صورت هفت‌های یک جلسه که چهارچوب جلسات به شرح زیر است.

### جدول (۱) پروتکل یکپارچه درمان فراتشخصی اختلال‌های هیجانی بارلو ( $2011$ )

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 هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ی تجارب هیجانی و مدل ABC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی



ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های 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 گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجه شدن با رفتارها

هفتم

آگاهی و عقل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علایم

هشتم

رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسه مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب

نهم تا یازدهم

دوازدهم مرور کلی مقایمه درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیشگیری از عود

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

### ۳- یافته‌ها

به منظور ارایه تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) شاخص‌های جمعیت شناختی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل

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

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

جدول (۳) شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه افراد در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
گروه	۱۰۶.۲	۱۰۰.۴	۶۸	۶۷.۰۲	۷۸.۱۲	۷۶.۳۲	۸۳.۱۱	۸۲.۱۱
پیش آزمون	۹.۶۲	۶.۹۹	۱۲.۴	۱۲.۶	۱۴.۱۱	۱۳.۸۷	۱۵.۱۱	۱۴.۰۳
میانگین	۶۰.۰۵	۹۹.۷	۸۸.۰۱	۶۶.۰۹	۵۴.۳	۷۵.۰۳	۵۶.۰۳	۱۱.۰۳
انحراف معیار	۱۱.۰۳	۶.۵۲	۱۱.۲	۱۳.۶	۱۶.۲	۱۳.۷۶	۹.۲۳	۶۰.۰۵
افسردگی								
تنظیم هیجان								
رفتارهای پرخطر								
اضطراب								



۱۵۰.۶	۸۱.۶	۱۵۰.۲	۸۲.۳۴	کنترل
-------	------	-------	-------	-------

در جدول ۴ براساس عدم معنی داری نتایج آزمون کولموگروف – اسمرنف برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

#### جدول (۴) آزمون کلموگروف – اسمرنف 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، می‌توان 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	تجزیه آماری	توان
پیش آزمون	گروه	۲۶۶.۲۰	۱	۲۶۶.۲۰	۳.۶۸	۰.۱۹	۰.۴۳	۰.۷۶
خطا	گروه	۲۳۲۰.۱۲	۱	۲۳۲۰.۱۲	۳۲.۲۴	۰.۶۸	۱	۰.۶۸
افسردگی	گروه	۱۰۵۶.۸۷	۲۵	۷۱.۷۶				
پیش آزمون	گروه	۳۳۱.۵۶	۱	۳۳۱.۵۶	۲۵.۵۴	۰.۶۳	۰.۹۸	۰.۷۶
خطا	گروه	۸۷۷.۳۸	۱	۸۷۷.۳۸	۶۷.۵۶	۰.۸۳	۱	۰.۸۳
تنظیم هیجان	گروه	۱۹۴.۴۳	۲۵	۱۲.۹۶				
پیش آزمون	گروه	۲۳۷.۳۲	۱	۲۳۷.۳۲	۲۲.۲۱	۰.۵۴	۰.۷۶	۰.۷۶
رفتارهای	گروه	۷۸۶.۳۲	۱	۷۸۶.۳۲	۱۹.۸۷	۰.۶۷	۱	۰.۶۷



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 می‌دهد درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو منجر به کاهش افسردگی، رفتارهای پرخطر، اضطراب و افزایش تنظیم هیجان می‌شود.

#### ۴- بحث و نتیجه گیری

صرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده‌ای مزمن و عود کننده است که صدمه‌های 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 می‌شود (سالمینک و همکاران، ۲۰۱۵) <sup>۱</sup>. امروزه با توجه به این که صرف مواد مخدر یکی از مهم ترین معضل‌های بهداشتی در جامعه می‌باشد، متولیان توسعه سلامت در جامعه به اتخاذ راه حل‌هایی در جهت مبارزه با این معضل و مشکلات همراه با آن می‌باشند. 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 تائید شد.

متادون یکسری پیامدها و عوارض از قبیل مشکلات جسمی، روانی و... مشابه سایر مواد افیونی را دارا می‌باشد که یکی از عوارض آن، وابستگی فیزیولوژیک می‌باشد (نیکبخت، ۱۳۹۳). عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است، صرف متادون بر پردازش اطلاعات، حافظه، کارکرد اجرایی تاثیر متفاوت دارد (دارک، سیمز و همکاران، ۲۰۰۰). دوز صرف متادون و سن از مهم ترین عوامل ماندگاری بوده است (ژو و ژانک، ۲۰۱۴). همچنین صرف متادون می‌تواند با مؤلفه‌های شناختی و روانی از جمله فرانگرانی، 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 اختلال‌های اضطرابی بیشتر مستعد سوء صرف مواد هستند (فوسنیاچ و بریاند، ۲۰۱۶) و همسو با پژوهش (پلز، شرابیر و ادلسون، ۲۰۰۹) که افرادی که متادون صرف می‌کنند، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند. یکی از دلایلی که می‌توان به این موضوع اشاره کرد این است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بیش از همه به از بین بدن ابعاد مقاومت و شکل گیری یک رابطه درمانی تاکید 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 تاثیر بسزایی دارد. با توجه به اینکه مقاومت در جلسه درمانی می‌تواند توسط رفتارهای درمانگر ایجاد شود، این موضوع می‌تواند از لحاظ اهمیت چندین برابر شود که درمانگر مهارت‌هایی 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 مهارت‌هایی برای این مفاهیم باعث موفقیت این درمان است.

به طور کلی این یافته، همسو با نتایج پژوهش‌های 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 فیلیدینگ (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 پژوهش‌ها است. با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در علائم اختلال افسردگی اساسی می‌تواند به واسطه‌ی آماج قرار گرفتن

<sup>۱</sup> Salemink



عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه‌ی مثبت و منفی و افکار تکرار شونده باشد که در مدل‌های پرتوتلکل روی آنها تاکید می‌شود (فایرهولم و همکاران، ۲۰۱۰). در این نوع درمان به مراجعان آموزش داده می‌شود تا هیجان‌های بینیادین خود را بشناسند و سپس هیجان‌های پر تکرار و قالبشنan را ثبت کنند و چرخه تاثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند، آنها می‌آموزند که شناخت‌های ناسالم‌شان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند (زمستانی، ۲۰۱۷). این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می‌گردد، در واقع این درمان تاثیر زیادی در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد (بیرشک و همکاران، ۲۰۱۳) و نیز پرتوتلکل درمان فراتشیصی یکپارچه بارلو به طور معناداری منجر به کاهش سطح دشواری تنظیم هیجان در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود نیز تأثیر گردید و نشان داده شد که درمان فراتشیصی یکپارچه بارلو باعث کاهش میزان دشواری تنظیم هیجان به طور معناداری می‌گردد. نتیجه‌ی این تحقیق با پژوهش‌های مظاہری 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 - زاوala و همکاران (۲۰۱۲) همسویی داشته است. در تبیین این مساله با توجه به اینکه مبتلایان به اختلال‌های هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی نادرستی را به کار می‌برند و معمولاً تلاش می‌کنند از هیجانات ناخوشایند اجتناب کنند یا به روش‌هایی شدت‌شان را به طور موقت کاهش دهند، این تلاش‌ها نتیجه‌ی معمکوسی در بر دارد و تداوم علایم را به همراه دارد. درمان فراتشیصی درمانی مبتنی بر هیجان است؛ یعنی طوری طراحی شده است که به درمان جویان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شدند و به شیوه‌ی سازگارانه تری به آنها پاسخ دهند. هدف درمان بروز تجربه‌ی هیجانی سازگارانه و بهبود کارکرد درمان‌جویان به دنبال اصلاح عادت‌های واکنشی پیرامون نظم جویی هیجان است.

#### منابع

- آهوان. مسعود، عابدی شرق. نجمه، دوستیان . یونس، اعظمی. یوسف، حسینی. سپیده (۲۰۱۷)؛ اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسوس 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 ایده‌های نوین روانشناسی، دوره ۲، شماره ۶- (تابستان ۱۳۹۷)
- بیگی ، علی ؛ شیرازی ، محمود ؛ پسندیده ، مهدی (۱۳۹۲ ) ، اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معتقدان تحت درمان نگهدارنده متادون ، فصلنامه اعتیاد پژوهشی ، ۷ (۲۶)، ۹۵-۱۱۰
- توكلی قوچانی ، حمید ؛ شجاعی زاده ، داود (۱۳۸۸ ) ، بررسی مقایسه‌ای عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد در گروه های مراجعین به کلینیک‌های ترک اعتیاد استان خراسان شمالی، ۱۳۸۶ ، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ،

۳۲-۴۳

رییسی ، مرضیه ، قصاب شیرازی ، مروارید ؛ دهکردی ، زیبا ؛ چای بخش ، سمیرا (۱۳۹۳) ، تاثیر متادون بر افسردگی ، اضطراب و کیفیت زندگی معتقدان ، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ، دوره بیست و دوم ، شماره ۹۳، خرداد

سلطانی ، اسماعیل ؛ شاره ، حسین ؛ بحرینیان ، سید عبدالمجید و فرمانی ، اعظم (۱۳۹۲) ، نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب آوری با افسردگی، پژوهنده مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۸۸-۲، ۸۶



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

غلامی، محمد سعید؛ علیپور، رضا؛ زارعی، طبیبه؛ 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، عبدالا... و کاشانی، خسرومانی (۱۳۸۷)، بررسی تاثیر جایگزین با متادون بر افسردگی بعد از ترک در معتمدان شهر همدان، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۴۴-۵۰، ۲

کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷)، ویژگی‌های روان‌سنگی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۴۰-۱۳۶، ۲.

کمرزرن، 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*، ۲۲(۲۲)، ۷۵-۸۵

لیتری، دن (۱۳۸۴)، نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر، ترجمه محمدرضايی و محمد علی زکريابي، تهران: جامعه و فرهنگ.

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

میرکوهی، مهدی؛ بالداران، ناهید؛ عبدالهی، قاسم (۱۳۹۶)، پیش‌بینی انعطاف‌پذیری شناختی افراد تحت درمان با متادون براساس فرانگرانی، اضطراب، مدت و میزان مصرف متادون، *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، سال ۱۳۹۶، 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, Lienna 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