

October–November 2022, Volume 11, Issue 5

The Effectiveness of "Positive Psychotherapy" on the Potential to Use Opiates and the Difficulties in Emotion Regulation of Patients with Opiates

Zeinab karimian¹, Bahman Akbari^{2*}, Samereh Asadi Majreh³

1- Ph. D Student of General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding author: Bahman Akbari, Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: bakbari44@yahoo.com

Received: 26 March 2022

Accepted: 19 Aug 2022

Abstract

Introduction: Health-threatening behaviors, including opioid use, are one of the most important psychosocial health challenges. One of the psychological therapies that is considered today is "Positive Psychotherapy". The aim of this study was to determine the effectiveness of "Positive Psychotherapy" on the Potential to use opiates and the difficulties in emotion regulation of patients with opiates.

Methods: The present study was a quasi-experimental with pre-test, post-test and two-month follow-up with the control group. The study population included all people with drug abuse who referred to addiction treatment centers in Rasht in 1400. 30 participants were selected by cluster random sampling and divided into two groups of intervention and control (15 people in each group). Data were collected using a demographic questionnaire, "Addiction Potential Scale" and "Difficulties in Emotion Regulation Scale". The validity of the instruments was measured by content validity by qualitative method and the reliability by internal consistency method was calculated by calculating the Cronbach's coefficient. The "Positive Psychotherapy" intervention was performed on the intervention group for 8 sessions of 90 minutes once a week. The collected data were analyzed in SPSS.23.

Results: The results of repeated measures analysis of variance showed that between the intervention and control groups in the variables of substance use tendency ($P=0.001$, $F=25.32$) and difficulties in emotion regulation ($P=0.001$, $F=32/157$). There was a significant difference and the intervention was effective. Overall, "Positive Psychotherapy" explains 40.5% of the score changes in substance use Potential and 54.5% of the score changes in difficulties in emotion regulation.

Conclusions: "Positive Psychotherapy" is effective on the Potential to use opiates and difficulties in emotion regulation of patients with opioids. It is suggested that addiction therapists use the above method as a practical and effective treatment method to improve addictive behaviors and prevent relapse of patients with drugs.

Keywords: Positive Psychotherapy, Potential to Use Opiates, Difficulties in Emotion Regulation, Opioid Patients.

اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد افیونی و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی

زینب کریمیان^۱، بهمن اکبری^{۲*}، سامره اسدی مجره^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: بهمن اکبری، استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
ایمیل: akbari@iaurasht.ac.ir ، bAkbari44@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۶

چکیده

مقدمه: رفتارهای تهدیدکننده سلامت از جمله مصرف مواد افیونی یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی روانی-اجتماعی هستند. یکی از درمان‌های روانشناختی که امروزه مورد توجه است، "روان‌درمانی مثبت‌نگر" می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی "روان‌درمانی مثبت‌نگر" بر استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بود. ۳۰ تن به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و در ۲ گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ تن) قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "مقیاس استعداد اعتیاد" (Addiction Potential Scale) و "مقیاس دشواری تنظیم هیجان" (Difficulties in Emotion Regulation Scale) انجام شد. روایی ابزارها به روش روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ سنجیده شد. مداخله "روان‌درمانی مثبت‌نگر" طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار در مورد گروه مداخله اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل در متغیر استعداد مصرف مواد ($F=25/32, P=0/001$) و دشواری در تنظیم هیجان ($F=32/157, P=0/001$) تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله اثربخش بوده است. در مجموع "روان‌درمانی مثبت‌نگر" ۴۰/۵ درصد از تغییرات نمره استعداد مصرف مواد و ۵۴/۵ درصد از تغییرات نمره دشواری در تنظیم هیجان را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: "روان‌درمانی مثبت‌نگر" بر استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی مؤثر است. پیشنهاد می‌شود درمانگران حوزه اعتیاد از روش فوق به عنوان روش درمانی کاربردی و مؤثر برای بهبود رفتارهای اعتیادآور و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به مواد مخدر استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی مثبت‌نگر، استعداد مصرف مواد، دشواری در تنظیم هیجان، بیماران مبتلا به مواد افیونی.

مقدمه

رفتارهای تهدیدکننده سلامت یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی روانی-اجتماعی هستند که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیرند و مشکلات گسترده‌ای را بر جوامع تحمیل می‌نماید. از جمله این رفتارها، مصرف مواد افیونی است (۱). مواد افیونی مشتقات مصنوعی یا نیمه مصنوعی روان‌گردان مانند هروئین هستند. تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی و افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر بسیار بیشتر از تخمین‌های قبلی است. در سراسر جهان، حدود ۳۵ میلیون تن از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و به خدمات درمانی نیاز دارند (۲). در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون تن برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (۳). پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)، دو طبقه مستقل سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد را حذف کرده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد را جایگزین آن‌ها کرده است (۴).

یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها در خصوص درمان اختلال مصرف مواد، استعداد مصرف مواد مخدر بعد از دوره‌ای از قطع مصرف می‌باشد و بررسی‌های زیادی اشاره دارند که میزان بازگشت در این بیماران بسیار بالاست (۵). اکثر افرادی که برای درمان اختلال مصرف مواد به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، پس از دریافت خدمات درمانی لازم و ترخیص، دچار عود مصرف مواد می‌شوند (۶). استعداد مصرف مواد در یک ماه اول بسیار بالاست و در صورت عدم بازگشت مجدد پس از یک ماه، میزان عود برای مدتی تا ۹۸ درصد کاهش می‌یابد (۷). همچنین تنها ۲۱ درصد مصرف‌کنندگان مواد بعد از ترک، قادرند که قطع مصرف را برای کمتر از ۱۰ سال ادامه دهند (۸).

یکی دیگر از موانع اصلی درمان در بهبودی این بیماران، عدم تنظیم هیجان می‌باشد (۹). تنظیم هیجان بر تلاش‌های افراد برای تأثیرگذاری بر احساسات تمرکز می‌کند که به‌عنوان حالت‌های محدود زمانی، محدود به موقعیت و ظرفیت (مثبت یا منفی) تعریف می‌شود، شامل تنظیم بالا و پایین احساسات مثبت و منفی مطابق با اهداف مرتبط با مقررات است و بسیاری از مواقع خارج از آگاهی رخ می‌دهد (۱۰). راهبردهای تنظیم هیجان به

۲ دسته راهبردهای سازگارانه (پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری و ارزیابی مجدد مثبت) و ناسازگارانه (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری یا تمرکز روی افکار و فاجعه‌سازی) تقسیم می‌شوند (۱۱). اهمیت تنظیم هیجان در بازگشت به مواد از آن‌جا دارای اهمیت است که رفتارهای تکانشی و از روی پریشانی می‌توانند همانند یک راه‌انداز ظاهر شوند و منجر به شکل‌گیری ولع مصرف و ناتوانی بیماران در مقاومت با آن شوند و در آخر زمینه برگشت به مصرف مجدد مواد را فراهم سازند (۹، ۱۲).

درمان‌های روانشناختی متفاوتی جهت درمان و کاهش مشکلات خلقی، عاطفی و هیجانی افراد معتاد مورد استفاده قرار گرفته‌اند. یکی از درمان‌های موسوم به موج سوم که امروزه در درمان اختلالات خلقی و هیجانی کاربرد زیادی دارد، «روان‌درمانی مثبت‌نگر» (Positive Psychotherapy) می‌باشد (۱۳، ۱۴). Seligman «روان‌درمانی مثبت‌نگر» را در سال ۱۹۹۸ پیشنهاد کرد (۱۵). هدف «روان‌درمانی مثبت‌نگر»، افزایش کارکرد بهینه و مطلوب افراد است تا بتوانند با شناخت توانمندی‌های شخصی به رشد و بالندگی برسند (۱۶). «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به فرد کمک می‌کند تا با استفاده از منطق، مشکلات را حل کند، در برخورد با موقعیت‌ها انعطاف‌پذیر باشد و با آرامش و متفکرانه، محیطی که در آن زندگی یا کار می‌کند را بهبود بخشد (۱۷). «روان‌درمانی مثبت‌نگر» و آموزش‌های آن با تأکید بر ارتقای نقاط قوت و هیجانات مثبت در گستره وسیعی از مشکلات و مسائل مختلف زندگی انسان قابل کاربرد است (۱۸).

در زمینه اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد بیماران مبتلا به مواد افیونی می‌توان به پژوهش بهبهانی و سرداری اشاره داشت که با هدف تعیین اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود معتادان به مواد افیونی اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مرد معتاد به انواع مواد افیونی بستری برای ترک اعتیاد در بخش روانپزشکی بیمارستان شهید مدنی شهر خوی در پاییز سال ۱۳۹۷ بود. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش «روان‌درمانی مثبت‌نگر» قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخله منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در استعداد

زینب کریمیان و همکاران

مطالعات ناهمسو همچون Antoine و همکاران نشان داده‌اند که مداخله مبتنی بر «روان‌درمانی مثبت‌نگر» تنها بر بهبود نمره مؤلفه‌های سرزنش خود، ارزیابی مجدد مثبت و سرزنش دیگران در شرکت‌کنندگان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده است؛ اما بر سایر مؤلفه‌های تنظیم هیجان تأثیر معناداری نداشته است (۲۹). طبق اعلام سازمان بهزیستی کشور، در ایران رشد اعتیاد ۳ برابر رشد جمعیت است و درصد بالایی از کسانی که موفق به ترک اعتیاد می‌شوند، بعد از مدتی مجدداً گرفتار شده و خسارت فزاینده‌ای را به امکانات جامعه وارد می‌کنند (۳۰). بر خلاف سایر رویکردهایی که بر جنبه آسیب‌شناسی بیشتر تأکید دارند، مداخله «روان‌درمانی مثبت‌نگر» سعی می‌کند یک چارچوب مفهومی تازه در ذهن افراد ایجاد کند و باعث ارتقای تاب‌آوری و انطباق مثبت این گروه، با شرایط سخت شده تا آن‌ها با تمرکز بر نقاط قوت و توانایی‌های خود و معنابخشی به زندگی به بهزیستی بیشتری دست یافته و استعداد مصرف مواد و تمایل به مصرف مواد کم‌تر شود (۲۸). با توجه به آن‌چه ذکر شد، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی انجام شد.

روش کار

نوع مطالعه حاضر نیمه‌تجربی بود که با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بود که ۳۰ تن به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از بین مناطق ۵ گانه شهرداری رشت با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی، منطقه ۱، ۲ و ۳ انتخاب شدند. سپس طبق فهرست مراکز موجود در مناطق، یک مرکز از هر منطقه (۳ منطقه منتخب ۱، ۲ و ۳)، بصورت تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی انتخاب گردید. در مرحله نهایی از هر ۳ مرکز انتخابی ۱۲ تن (در مجموع ۳۶ تن) بصورت تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی انتخاب شدند و در ۲ گروه «روان‌درمانی مثبت‌نگر» و گروه کنترل قرار گرفتند. در ضمن بررسی همگن بودن متغیرهای جمعیت‌شناختی

مصرف مواد معتادان به مواد افیونی شده است (۱۹). همچنین Kahler و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی جهت درمان ترک سیگار و پیشگیری از استعداد مصرف و عود، از «روان‌درمانی مثبت‌نگر» استفاده کردند و عواطف و شناخت‌های مثبت را هدف قرار دادند. نتایج این مطالعه شواهدی را در مورد تأثیر مداخله فوق در درمان و پیشگیری از عود در معتادان ارائه داد (۲۰). مطالعات Krentzman & Barker (۲۱)، Webb و همکاران (۲۲)، و پیرنیا و همکاران (۲۳)، نیز نتایج مشابهی را در زمینه اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد نشان دادند. علاوه بر این، پژوهش‌های صورت‌گرفته اشاره دارند که مداخلات مبتنی بر «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر بهبود مشکلات روانشناختی و مشکلات مرتبط با هیجان اثرات مثبتی دارند (۱۳، ۱۴، ۲۴). به عنوان مثال الله‌دینی و همکاران در یک مطالعه به تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر ارتقاء تنظیم هیجان بیماران روانی مزمن پرداختند. نتایج نشان داد «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است (۲۵). همچنین لاکانی و اکبری در مطالعه‌ای اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» را بر تنظیم هیجان دانشجویان مبتلا به اعتیاد اینترنت بررسی نمودند. نتایج پژوهش نشان داد «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به افزایش تنظیم هیجان افراد گروه مداخله انجامید و این اثربخشی در مرحله پیگیری ثابت ماند (۲۶). انوری و سرداری نیز در مطالعه‌ای دیگر به بررسی اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان پرداختند. نتایج نشان داد که مداخله به افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان منجر می‌شود (۲۷).

بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که استعداد مصرف مواد و بازگشت به مواد، یک مشکل رایج در تمامی اعتیادها می‌باشد و مطالعات اندکی به تأثیر «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد بیماران مبتلا به مواد افیونی پرداخته است. یکی از نکات مهم دیگر در این مطالعه، نگاه متفاوت درمان‌های دارویی که بر پاک‌سازی جسمی متمرکز هستند با درمان‌های روانشناختی جهت پاک‌سازی روانی پس از ترک است (۲۸). از سویی، بسیاری از مطالعات دارای محدودیت‌های مختلفی چون فقدان مرحله پیگیری یا تعداد نمونه کوچک هستند و همچنین برخی از

همچون جنسیت، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، مواد مصرفی، شیوه مصرف، دفعات مصرف، دفعات ترک قبلی و علت مراجعه برای درمان انجام شد. نحوه تصادفی سازی در همه مراحل به این صورت انجام شد که به تعداد مورد نیاز از توپ‌های شماره‌گذاری شده استفاده گردید. به عنوان مثال در مرحله آخر ۱۸ توپ برای گروه مداخله (الف) و ۱۸ توپ برای گروه کنترل (ب) داخل یک ظرف قرعه کشی قرار گرفت و سپس به طور تصادفی توپ‌ها از ظرف خارج شده و ثبت شدند. قابل ذکر است تعداد نمونه ۳۶ تن با استناد به پژوهش‌های پیشین و مطالعات تجربی (۳۱، ۳۲) و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، برای شرکت در آزمون در نظر گرفته شده بود. در نهایت شرکت کنندگان مورد مطالعه به ۳۰ تن (۱۵ تن گروه مداخله و ۱۵ تن گروه کنترل) کاهش یافت و تحلیل داده‌ها بر روی ۳۰ تن صورت پذیرفت.

معیارهای ورود عبارت بودند از افراد تازه واردی که به‌تازگی سم‌زدایی شده بودند و «روان‌درمانی مثبت‌نگر» را دریافت نکرده بودند، رضایت شرکت‌کنندگان، رده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم ابتلا به بیماری روانی یا سابقه بیماری اعصاب شدید مانند سایکوز شناخته شده با تشخیص پزشک، عدم دریافت مداخله روان‌درمانی دیگری در حین انجام پژوهش بود. معیارهای خروج شامل انصراف از درمان، غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم برخورداری از شرایط جسمی یا روحی مناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بودند. جهت گردآوری داده‌ها در مطالعه حاضر از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، مواد مصرفی و دفعات مصرف طی یک ماه قبل، شیوه مصرف، دفعات ترک قبلی و علت مراجعه برای درمان بود.

«مقیاس استعداد اعتیاد» (Addiction Potential Scale) توسط Weed و همکاران در سال ۱۹۹۲ در ایالات متحده آمریکا جهت سنجش نمره استعداد مصرف مواد طراحی شد (۳۳). این مقیاس دارای ۳۹ عبارت است که با گزینه‌های بلی یا خیر و نمره صفر و ۱ ارزیابی می‌شوند. عبارت‌های ۱، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۶ به صورت معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند، یعنی انتخاب گزینه

درست، معادل صفر و انتخاب گزینه خیر معادل ۱ است. نمره‌گذاری سایر عبارت‌ها، در صورت انتخاب «بلی» برابر ۱ نمره و انتخاب گزینه «خیر» برابر صفر است. نمره نهایی مقیاس، جمع همه نمره‌های به دست آمده در مقیاس است و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۳۹ می‌باشد. در این مقیاس اگر نمره زنان بالاتر از ۲۳ و در مردان بالاتر از ۲۴ باشد در این صورت وجود استعداد مصرف مواد در فرد تأیید می‌شود. طراحان «مقیاس استعداد اعتیاد»، مطالعه خود را با ۱۹۳ شرکت‌کننده بستری دارای سوءمصرف مواد (نام بیمارستان یا مرکزی ذکر نشده است) از ۷ ایالت (کالیفرنیا، مینه سوتا، کارولینای شمالی، اوهایو، پنسیلوانیا، ویرجینیا و واشنگتن) در کشور آمریکا به انجام رساندند. روایی ملاکی به روش همزمان این مقیاس با «مقیاس پذیرش اعتیاد» (Addiction Acknowledgment Scale)، ۰/۷۵ به دست آمد. ثبات به روش آزمون-بازآزمون آن ۲ بار (با فاصله زمانی ۱ هفته) در مردان (۸۲ تن) ۰/۶۹ و در زنان (۱۱۱ تن) ۰/۷۷ به دست آمد (۳۳).

Sirigatti & Stefanile به بررسی ویژگی‌های روانسنجی «مقیاس استعداد اعتیاد»، در نسخه ترجمه‌شده ایتالیایی آن پرداختند. روایی محتوا به روش کیفی توسط متخصصین (تعداد نامشخص) روانشناس و روانپزشکی دانشگاه فلورانس مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با ۴۰۶ مرد از جمعیت عمومی و ۱۱۶ مرد دارای سابقه سوءمصرف مواد (اطلاعات بیشتری در دست نیست)، ۰/۶۷ به دست آمد (۳۴). Svanum و همکاران نیز «مقیاس استعداد اعتیاد» را هنجاریابی نمودند. شرکت‌کنندگان پژوهش عبارت از ۳۰۸ دانشجوی کارشناسی (رشته ذکر نشده است) در حال تحصیل ایالت متحده (۲۲۲ زن و ۸۶ مرد) با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال و سفیدپوست، سیاهپوست، آسیایی و آمریکایی الاصل بودند. روایی صوری آن توسط روانپزشکان (تعداد نامشخص) دانشگاه Midwestern در ایالت متحده آمریکا مطلوب ارزیابی شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با شرکت ۳۰۸ دانشجوی کارشناسی (رشته ذکر نشده است) در حال تحصیل ایالت متحده (۲۲۲ زن و ۸۶ مرد) با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال، ۰/۴۸ گزارش شد (۳۵).

در ایران «مقیاس استعداد اعتیاد»، توسط مینویی با استفاده از ۹۱۴ دانش‌آموز دبیرستانی در تهران و ۱۸۹ تن از معنادان

زینب کریمیان و همکاران

(۵) است. حداقل نمره کل ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ می‌باشد. نمره‌ها در دامنه از ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین؛ نمره‌ها در دامنه از ۷۳ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط؛ و نمره از ۱۰۹ به بالا بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می‌باشد (۳۸).

«مقیاس دشواری تنظیم هیجان» توسط Gratz & Roemer با ۳۵۷ دانشجو در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال از دوره‌های کارشناسی روانشناسی در دانشگاه Massachusetts تکمیل شد. برای اندازه‌گیری روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد که ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی شناسایی شد. همچنین ثبات به روش آزمون-بازآزمون آن در دوره‌های ۳-۴ هفته (برای زنان ۰/۷۴ و مردان ۰/۷۶) و ۸-۶ هفته (زنان ۰/۷۸ و مردان ۰/۶۷) گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه فوق نیز در زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ به دست آمد (۳۸). در مطالعه Dan-Glauser و همکاران هنجاریابی «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» از طریق نمونه‌ای متشکل از ۴۵۵ دانشجو (۴۲۳ زن، ۳۲ مرد) از دانشگاه جنوای هلند انجام شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی، ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را نشان داد. ثبات به روش آزمون-بازآزمون نمره کل مقیاس در فاصله ۹ هفته‌ای، ۰/۸۸ و در زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۳، ۰/۶۷، ۰/۹۰ و ۰/۷۹ نشان داده شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ محاسبه نشد (۳۹).

در ایران «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» توسط بشارت

داوطلب درمان در تهران ترجمه و اعتباریابی شده است. روایی سازه از نوع تشخیصی تمایز با ($T=-6/27$ و $P=0/01$) نشان داد مقیاس توانایی خوبی جهت تفکیک نمونه‌های معتاد و غیرمعتاد دارد (اطلاعات بیشتری در دسترس نیست). همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با شرکت ۹۱۴ دانش‌آموز دبیرستانی در تهران (علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی و فیزیک) و ۱۸۹ تن از معلمان داوطلب درمان در تهران، ۰/۵۳ و به روش دومیه کردن، ۰/۵۳ به دست آمد (۳۶). در مطالعه سلیمی و همکاران که ۴۱۰ تن از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر کرج به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس استعداد اعتیاد» از طریق مقایسه با «فهرست نشانه‌های بیماری-۲۵» (SCL-25) (Symptom Checklist-25)، ۰/۴۵ محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه فوق ۰/۹۰ به دست آمد (۳۷).

«مقیاس دشواری تنظیم هیجان» (Difficulties in Emotion Regulation Scale) یک ابزار خودگزارشی است که توسط Gratz & Roemer در سال ۲۰۰۴ در ایالات متحده آمریکا به منظور اندازه‌گیری سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد طراحی کرده‌اند. این مقیاس شامل ۳۶ عبارت و ۶ زیرمقیاس شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (no-acceptance of emotional responses) (عبارت‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (difficulties engaging in goal-directed behaviors) (عبارت‌های ۳۳، ۲۶، ۲۰، ۱۸، ۱۳)، دشواری در کنترل تکانه (impuls control difficulties) (عبارت‌های ۲۲، ۲۷، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۳)، فقدان آگاهی هیجانی (lack of emotional awareness) (عبارت‌های ۳۶، ۳۵، ۳۱، ۳۰، ۲۸، ۲۲، ۱۶، ۱۵)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (limited access to emotion regulation strategies) (عبارت‌های ۲، ۱۰، ۱۷، ۳۴) و عدم وضوح هیجانی (lack of emotional clarity) (عبارت‌های ۷، ۹، ۵، ۱۴) می‌باشد. علاوه بر زیرمقیاس‌های مطرح شده، نمره کل «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» از مجموع نمره ۳۶ عبارت محاسبه می‌شود. بنابراین، هر فرد در این مقیاس می‌تواند ۷ نمره جداگانه دریافت کند. نحوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه

با استفاده از ۶۲۱ دانشجوی (۳۹۲ زن و ۲۲۹ مرد) کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای دانشگاه‌های شهر تهران ترجمه و اعتباریابی شده است. روایی سازه به روش روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» از طریق اجرای همزمان «سیاهه سلامت روانی» (Mental Health Inventory)، «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) و «برنامه عواطف مثبت و منفی» (Positive and Negative Affect Schedule)، در مورد نمونه‌های مختلف از ۲ گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (اعداد ذکر نشده است). ثبات به روش بازآزمایی بالینی در ۲ نوبت با فاصله ۴ تا ۶ هفته برای نمره کل ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه فوق برای زیر مقیاس‌ها ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد (۴۰). همچنین در مطالعه کرمانی مازندی و طالع‌پسند ۴۳۹ تن (۱۷۷ پسر و ۲۶۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه سمنان در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» ۶ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه فوق برای هر یک از زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۳ به دست آمد (۴۱).

در پژوهش حاضر روایی محتوای به روش کیفی «مقیاس استعداد اعتیاد» و «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» توسط ۵ تن از مدرسین روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تایید شده است. همچنین پایایی «مقیاس استعداد اعتیاد» با استفاده از روش کودر-ریچاردسون با شرکت ۳۰ تن از معتادین سم‌زدایی شده در مراکز ترک اعتیاد شهر رشت برابر با ۰/۸۴ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه فوق برای نمره کل «مقیاس دشواری در تنظیم هیجان» ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی

هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۹۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمد.

شیوه درمانی مورد استفاده «روان‌درمانی مثبت‌نگر» (Positive Psychotherapy) بود که بر اساس روش درمانی Seligman و همکاران طرح‌ریزی شد (۴۲) و توسط محمدعلی‌زاده و کردمیرزا صحت ترجمه و روایی محتوایی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» با توجه به گروه هدف مبتلایان به اعتیاد تأیید گردیده است (۴۳). همچنین در پژوهش محمدعلی‌پور و همکاران، روایی محتوایی جلسات این دوره آموزشی توسط ۵ تن از مدرسین روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به تأیید رسید (۴۴) و حکمت و همکاران نیز در مطالعه خود از این روش استفاده نمودند (۲۸).

محتوای جلسات «روان‌درمانی مثبت‌نگر»

جلسه اول: در این جلسه مفروضه‌ها و نقش‌های روان‌درمانگر مثبت برای شرکت‌کنندگان روشن شد و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان یک معرفی مثبت از خودشان در یک صفحه در مورد زمانی که شاد بودند، نوشتند.

جلسه دوم: داستان‌های مثبت مرور شد و توانمندی‌های درون داستان شناسایی و بحث شد. شرکت‌کنندگان زمانی را که در گذشته از توانمندی‌های خود برای تجربه حس تعهد در زندگی استفاده نموده بودند، شناسایی کردند.

جلسه سوم: درمانگر از شرکت‌کنندگان خواست که طرح خاصی برای به اجرا درآوردن توانمندی‌ها، فرمول‌بندی کنند. تکالیف جلسه سوم برای شرکت‌کنندگان با دفترچه شکرگزاری شروع شد که شرکت‌کنندگان روزانه ۳ چیز خوب که برای آن‌ها اتفاق افتاده بود را ثبت کردند. جلسه چهارم: به شرکت‌کنندگان کمک شد نقش خاطرات، هم خوب و هم بد را در حفظ نشانه‌های بیماری درک کنند. شرکت‌کنندگان در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجانات منفی یاری شدند. به شرکت‌کنندگان در مورد نوشتن ۳ خاطره بد و احساس‌های همراه با آن‌ها آموزش داده و در بقیه این جلسات بر سازه بخشش تأکید شد.

جلسه پنجم: این جلسه متمرکز بر شکرگزاری بود. در این جلسه نقش خاطرات بد و خوب مجدداً مورد بررسی قرار گرفت.

زینب کریمیان و همکاران

شرکت‌کنندگان، آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان از اجرای آن، دادن اطمینان به شرکت‌کنندگان در خصوص جبران آسیب روانی، اجتماعی، جسمی یا مالی احتمالی به آن‌ها و غیره در این مطالعه رعایت شد. به جهت رعایت عدالت پژوهشی پس از اخذ آزمون در مرحله پیگیری، گروه کنترل تحت مداخله «روان‌درمانی مثبت‌نگر» قرار گرفت.

برای بررسی همسان‌سازی گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، در آزمون‌های کیفی از آزمون خی‌دو؛ و در متغیرهای کمی از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری در ۲ سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از نمودار میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج آزمون موچلی جهت بررسی کرویت یا برابری واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیرهای پژوهش گزارش شد. آزمون ام‌باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون جهت بررسی همگونی واریانس‌ها انجام شد. جهت بررسی فرضیه‌ها نیز از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ شرکت‌کننده مبتلا به مواد افیونی در ۲ گروه مداخله و کنترل به تعداد ۱۵ تن حضور داشتند. میانگین سنی گروه مداخله، $34/40 \pm 3/97$ و گروه کنترل، $33/73 \pm 6/14$ سال بود. مقایسه میانگین‌های ۲ گروه با استفاده از آزمون T مستقل نشان داد که بین میانگین سن در ۲ گروه درمان مثبت‌نگر و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($T=0/353$, $P=0/727$). سایر یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جلسه ششم: در این جلسه درمانگر با شرکت‌کنندگان پیشرفت‌شان را در نوشتن نامه‌های بخشش و شکرگزاری در دفترچه‌های شکرگزاری و بکار بردن توانمندی‌هایشان در عمل بررسی کردند. بازخورد شرکت‌کنندگان به فرایند و پیشرفت درمانی نیز مورد بحث قرار گرفت.

جلسه هفتم: «روان‌درمانی مثبت‌نگر» متمرکز بر موضوع‌های امید و خوش‌بینی بود. در این جلسه همچنین تمرین «دری بسته می‌شود، در دیگری باز می‌شود» نیز ارائه شد.

جلسه هشتم: آموزش ۴ سبک پاسخ‌دهی و آموزش ۵ ساعت جادویی برای بهبود روابط اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از اداره کل بهداشتی استان گیلان (ناظر بر مراکز ترک اعتیاد شهر رشت) و کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت اخذ گردید. سپس گروه نمونه انتخاب شدند (به شرحی که در روش کار ذکر شد). پس از آن اعضای هر ۲ گروه (مداخله و کنترل) به وسیله پیش‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، «مقیاس استعداد اعتیاد» و «مقیاس دشواری تنظیم هیجان» توسط تمامی شرکت‌کنندگان، افراد گروه مداخله، برای شرکت در جلسات درمانی آنلاین «روان‌درمانی مثبت‌نگر»، به مدت ۲ ماه (۸ جلسه، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای)، دعوت شدند و به اجرای مداخلات پرداخته شد و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام جلسه آخر، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. در نهایت در مرحله سوم ارزیابی (۲ ماه بعد از اتمام جلسات درمانی) با هدف تعیین میزان پایداری اثر «روان‌درمانی مثبت‌نگر»، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

قابل ذکر است تمامی اصول اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله نمونه‌گیری به شکل داوطلبانه، رضایت آگاهانه، حضور پزشک و درمانگر بالینی حرفه‌ای، محرمانه‌ماندن اطلاعات، توضیح کامل اهداف و ارائه نتایج پژوهش به

جدول ۱: شاخص‌های جمعیت‌شناختی گروه مداخله و کنترل

P	χ^2	کنترل		روان‌درمانی مثبت‌نگر		گروه	شاخص
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۹۰۲	۰/۲۰۷	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	زن	جنسیت
		۷۳/۳	۱۱	۶۶/۷	۱۰	مرد	
		۲۶/۷	۴	۴۶/۷	۷	مجرد	
۰/۷۰۸	۲/۱۵۲	۵۳/۳	۸	۴۰/۰	۶	متاهل	وضعیت تأهل
		۰۰/۰	۳	۱۳/۳	۲	مطلقه یا متارکه	
۰/۵۲۹	۱/۲۷۵	۴۶/۷	۷	۶۶/۷	۱۰	دیپلم	تحصیلات
		۵۳/۳	۸	۳۳/۳	۵	کاردانی و بالاتر	
		۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	دانشجو	
		۲۰/۰	۳	۶/۷	۱	خانه دار	
۰/۷۲۵	۵/۳۰۰	۴۰/۰	۶	۳۳/۳	۵	بیکار	شغل
		۲۶/۷	۴	۴۰/۰	۶	شاغل در بخش خصوصی	
		۶/۷	۱	۶/۷	۱	شاغل در بخش دولتی	
		۵۳/۳	۸	۲۶/۷	۴	حشیش	
۰/۲۹۲	۷/۳۲۳	۱۳/۳	۲	۴۶/۷	۷	تریاک	مواد مصرفی طی یک ماه
		۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	هروئین	
		۰	۰	۰	۰	کوکائین	
		۳۳/۳	۵	۷۳/۳	۱۱	تدخین	
۰/۱۲۳	۱۰/۰۵۱	۱۳/۳	۲	۲۰/۰	۳	خوردن	شیوه مصرف
		۲۶/۷	۴	۶/۷	۱	تزریق	
		۲۶/۷	۴	۰	۰	تنقیه	
		۴۶/۷	۷	۸۰/۰	۱۲	هر روز یکبار	
۰/۳۸۲	۴/۱۸۳	۳۳/۳	۵	۱۳/۳	۲	هر چند روز یکبار	دفعات مصرف طی یک ماه قبل
		۲۰/۰	۳	۶/۷	۱	گهگاه	
		۶۰/۰	۹	۴۰/۰	۶	۰	
۰/۵۰۵	۳/۳۲۸	۳۳/۳	۵	۴۶/۷	۷	۱	دفعات ترک قبلی
		۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	۲	
		۸۰/۰	۱۲	۶۶/۷	۱۰	تمایل شخصی	
۰/۳۰۱	۲/۴۰۰	۲۰/۰	۳	۳۳/۳	۵	فشار خانواده یا اطرافیان	علت مراجعه برای درمان

شیوه مصرف (P=۰/۱۲۳، $\chi^2=10/051$)، دفعات مصرف طی یک ماه گذشته (P=۰/۳۸۲، $\chi^2=4/183$)، دفعات ترک قبلی (P=۰/۵۰۵، $\chi^2=3/328$)، و علت مراجعه برای درمان (P=۰/۳۰۱، $\chi^2=2/400$) همگن بودند.

شاخص‌های توصیفی استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در ۲ گروه مداخله و گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه نتایج یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۱، آزمون خی دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ جنسیت (P=۰/۹۰۲، $\chi^2=0/207$) همگن هستند و تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین گروه‌ها از لحاظ وضعیت تاهل (P=۰/۷۰۸، $\chi^2=2/152$)، تحصیلات (P=۰/۵۲۹، $\chi^2=1/275$)، شغل (P=۰/۷۲۵، $\chi^2=5/300$)، مواد مصرفی طی یک ماه گذشته (P=۰/۲۹۲، $\chi^2=7/323$)،

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	گروه	روان‌درمانی مثبت‌نگر		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	
استعداد مصرف مواد	پیش‌آزمون	۲۸/۰۳	۴/۷۹۴	۶/۴۹
	پس‌آزمون	۱۸/۶	۵/۰۲۹	۵/۱۰۵
	پیگیری	۱۸/۴۳	۴/۸۷۳	۵/۱۲۲
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۰۷/۸۳	۱۳/۶۵۹	۱۴/۷۷۹
	پس‌آزمون	۷۹/۰۳	۱۲/۵۷۹	۱۴/۲۱۹
	پیگیری	۷۸/۳۸	۱۲/۳۳۴	۱۳/۷۴۹
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش‌آزمون	۱۹/۴۳	۳/۷۷۴	۴/۲۱۷
	پس‌آزمون	۱۴/۱۷	۲/۸۵۸	۴/۳۹۲
	پیگیری	۱۴/۲۳	۲/۷۰۵	۴/۱۲۳
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش‌آزمون	۱۲/۶۷	۳/۲۴۴	۳/۵۲۳
	پس‌آزمون	۸/۶	۲/۹۴۷	۲/۹۸۱
	پیگیری	۸/۳۳	۲/۵۸۲	۲/۸۵۴
دشواری در کنترل تکانه	پیش‌آزمون	۱۸/۵۳	۳/۹۴۴	۳/۷۲۶
	پس‌آزمون	۱۳/۰۰	۳/۵۰۵	۲/۷۸۹
	پیگیری	۱۲/۶۷	۳/۷۳۵	۳/۲۸۸
فقدان آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۱/۳۳	۳/۹۱۷	۴/۵۷۳
	پس‌آزمون	۱۶/۶۷	۳/۹۴۵	۴/۵۲۸
	پیگیری	۱۶/۵۳	۳/۸۴۷	۴/۴۲۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	۲۲/۳۳	۳/۹۱۷	۴/۱۹۶
	پس‌آزمون	۱۶/۹۳	۴/۵۳۱	۴/۰۶۲
	پیگیری	۱۶/۹	۴/۳۱	۴/۱۱۴
عدم وضوح هیجانی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۳	۲/۶۱۵	۲/۸۲
	پس‌آزمون	۹/۶۷	۲/۱۲۷	۲/۶۷۲
	پیگیری	۹/۷۱	۲/۰۵	۲/۶۷۲

(M معنادار نیست، بر این اساس این پیش فرض برقرار می‌باشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر استعداد مصرف مواد در مراحل پیش‌آزمون ($F = 2/0.23, P = 0/144$)، پس‌آزمون ($P = 0/557$)، پیگیری ($F = 0/593, P = 0/451$)، و پیگیری ($F = 0/111, P = 0/451$) برقرار می‌باشد ($P < 0/05$). همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون ($F = 0/639, P = 0/453$)، پس‌آزمون ($P = 0/073$)، پیگیری ($F = 2/788, P = 0/065$)، و پیگیری ($F = 2/920, P = 0/065$) برقرار می‌باشد ($P < 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که مقدار P آزمون در متغیر استعداد مصرف مواد ($Mauchly's = 0/058$)، W (تخمین‌خیز دو، درجه آزادی، $P = 0/001$)

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره استعداد مصرف مواد و نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در گروه «روان‌درمانی مثبت‌نگر» نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها در متغیرها معنادار نیست، به عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر استعداد مصرف مواد ($Box's M = 22/103, P = 0/058$) و متغیر دشواری در تنظیم هیجان ($Box's M = 22/102, P = 0/058$)

گزارش F بر اساس تصحیح اپسین Greenhouse-Geisser انجام شود. با توجه به برقراری پیش فرض ها اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر مقدور شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

معنادار است ($P < 0.05$)، همچنین مقدار P آزمون در نمره کل متغیر دشواری در تنظیم هیجان ($s = 0.30$ ، $Mauchly's$) و $W = 144/441$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، ($P = 0.001$) و مؤلفه های آن معنادار است ($P < 0.05$)، بنابراین، می بایست

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای استعداد مصرف مواد، دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه های آن

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات ای سهمی
	آزمون	۱۶۱۸/۹۳۷	۱/۰۳	۱۵۷۲/۲۷۲	۸۳/۲۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
استعداد مصرف مواد	عضویت گروهی	۱۶۸۱/۴۰۴	۲	۸۴۰/۷۰۲	۱۴/۲۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	آزمون × عضویت گروهی	۹۸۴/۶۱۹	۲/۰۵۹	۴۷۸/۱۱۹	۲۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	آزمون	۱۹۷۴۴/۲۶	۱/۰۱۵	۱۹۴۵۲/۹۰۸	۱۳۰/۷۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	عضویت گروهی	۱۸۳۸۲/۴۸۷	۲	۹۱۹۱/۲۴۳	۲۵/۱۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	آزمون × عضویت گروهی	۹۷۰۸/۶۱۴	۲/۰۳	۴۷۸۲/۶۷۶	۳۲/۱۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	آزمون	۹۷۲/۸۷	۱/۰۲۳	۹۵۰/۷۷۷	۸۲/۵۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۳
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	عضویت گروهی	۷۱۶/۸۴۸	۲	۳۵۸/۴۲۴	۱۲/۸۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۸
	آزمون × عضویت گروهی	۵۴۵/۹۳	۲/۰۴۶	۲۶۶/۷۶۶	۲۳/۱۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	آزمون	۵۵۸/۲۸۱	۱/۱۸۱	۴۷۲/۸۴	۱۰۵/۷۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	عضویت گروهی	۵۴۳/۱۲۶	۲	۳۷۱/۵۶۳	۱۴/۹۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۷
	آزمون × عضویت گروهی	۲۲۲/۵۶۳	۲/۳۶۱	۹۴/۲۵۱	۲۱/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	آزمون	۵۳۸/۹۷۸	۱/۱۰۳	۴۸۸/۸۴۵	۶۵/۳۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
دشواری در کنترل تکانه	عضویت گروهی	۳۲۳/۷۳۳	۲	۱۶۱/۸۶۷	۵/۰۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۵
	آزمون × عضویت گروهی	۲۷۷/۴۲۲	۲/۲۰۵	۱۲۵/۸۰۹	۱۶/۸۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
	آزمون	۸۸۳/۹۵۹	۱/۰۱۶	۸۷۰/۱۹۲	۹۳/۹۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
فقدان آگاهی هیجانی	عضویت گروهی	۹۷۶/۸۰۴	۲	۴۸۸/۴۰۲	۱۳/۴۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
	آزمون × عضویت گروهی	۶۵۵/۲۰۷	۲/۰۳۲	۳۲۲/۵۰۲	۳۴/۸۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴
	آزمون	۸۳۳/۴۴۸	۱/۰۱۱	۸۱۴/۱۰۹	۶۰/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	عضویت گروهی	۷۲۰/۴۰۴	۲	۳۶۰/۲۰۲	۹/۴۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
	آزمون × عضویت گروهی	۵۱۰/۵۳	۲/۰۲۳	۲۵۲/۳۷	۱۸/۶۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
	آزمون	۳۴۵/۲۹۵	۱/۰۱۸	۳۳۹/۲۱۶	۵۸/۲۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
عدم وضوح هیجانی	عضویت گروهی	۳۶۵/۱۴۷	۲	۱۸۲/۵۷۴	۱۲/۶۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۶
	آزمون × عضویت گروهی	۱۷۲/۲۳۵	۲/۰۳۶	۸۴/۶۰۱	۱۴/۵۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۹

گروه های مورد مطالعه در ۳ مرحله اندازه گیری معنادار است ($P < 0.05$)، بنابراین، فرضیه پژوهشی تایید می شود. مجذور اتای سهمی نشان داد ۴۰/۵ درصد از تغییرات نمره استعداد مصرف مواد و ۵۴/۵ درصد از تغییرات نمره کل دشواری در تنظیم هیجان بر اساس متغیر گروه بندی (مداخله) تبیین می شود.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که میان ۲ گروه «روان درمانی مثبت نگر» و کنترل در استعداد مصرف مواد، دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه های آن بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، تفاوت میانگین استعداد مصرف مواد، دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه های آن در

زینب کریمیان و همکاران

جدول ۴: آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در مراحل آزمون

p-value	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکرد-مراحل		
۰/۰۳۴	۱/۶۱۷	*-۴/۲۷۸	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	مداخله
۰/۰۰۱	۰/۸۰۲	*۷/۲۵۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	استعداد مصرف مواد
۰/۰۰۱	۰/۸	*۷/۴۳۳	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۳۶۴	۰/۱۱۲	۰/۱۷۸	پیگیری	پس‌آزمون	دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)
۰/۰۰۱	۴/۰۲۸	*-۱۷/۶۲۶	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۲/۲۶۲	*۲۵/۴۴۸	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۲/۲۱۳	*۲۵/۸۵۶	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۲۴۶	۰/۲۳۹	۰/۴۰۷	پیگیری	پس‌آزمون	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۰/۰۴۶	۱/۱۱۳	*-۲/۸۱۱	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	* ۵/۶۶۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	* ۵/۷۲۲	پیگیری	پس‌آزمون	
۱/۰۰	۰/۰۷۹	۰/۰۵۶	پیگیری	پس‌آزمون	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	* ۴/۹۱۱	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۳۹۵	* ۴/۲۲۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	* ۴/۴۰۰	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۶۵۵	۰/۱۴۲	۰/۱۷۸	پیگیری	پس‌آزمون	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۴	۱/۱۸۹	*-۳/۰۶۷	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	* ۴/۱۱۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۲	*۴/۳۵۶	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۲۲۷	۰/۱۳۴	۰/۲۴۴	پیگیری	پس‌آزمون	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۳۹	۱/۲۷	*-۳/۳۰۰	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۵۶۳	*۵/۳۸۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	*۵/۴۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۵۵۹	۰/۰۵۸	۰/۰۷۸	پیگیری	پس‌آزمون	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۰/۰۴۸	۱/۳۰۴	*- ۳/۲۷۸	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۶۷۶	*۵/۲۱۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۷	*۵/۲۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	
۱/۰۰	۰/۰۵۹	۰/۰۵۶	پیگیری	پس‌آزمون	عدم وضوح هیجانی
۰/۰۰۹	۰/۸۰۲	*-۲/۵۴۱	کنترل	«روان‌درمانی مثبت‌نگر»	
۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	*۳/۳۸۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	*۳/۴۰۰	پیگیری	پس‌آزمون	
۱/۰۰	۰/۰۴۸	۰/۰۱۵	پیگیری	پس‌آزمون	

تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن مشاهده شده است. تفاوت‌ها از پس آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0.05$)؛ به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند. تغییرات در گروه کنترل در طول زمان هیچ تغییر معناداری

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی در جدول ۴ نشان داد که میانگین پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری ($P < 0.05$) در گروه مداخله افزایش معناداری در متغیرهای استعداد مصرف مواد، دشواری در

نداشته است.

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی بود. نتایج مطالعه نشان داد بین گروه مداخله «روان‌درمانی مثبت‌نگر» و گروه کنترل در متغیر استعداد مصرف مواد بیماران مبتلا به مواد افیونی تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج مطالعات بهیمنی و سرداری (۱۹)، Kahler و همکاران (۲۰)، Krentzman و همکاران (۲۱)، Webb و همکاران (۲۲)، و پیرنیا و همکاران (۲۳)، همسو می‌باشد که نشان دادند «روان‌درمانی مثبت‌نگر» منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در استعداد و ولع مصرف معتادان به مواد افیونی شده است. در تبیین نتایج می‌توان بیان نمود که آموزش روش‌های موثر در «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا با بازشناسی تجربیات مثبت، موضع فعال‌تری در رابطه با دنیای اطراف و در مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی داشته باشند، هدفمند شوند و به دنبال معنا در زندگی خود باشند و با افزایش نقاط قوت خود در برابر عوامل تنش‌زا و مشکلات زندگی به جای پناه بردن به مواد در تلاش برای سازگاری برآیند (۲۳). در تبیینی دیگر، از آنجایی که عنصر اساسی مداخله «روان‌درمانی مثبت‌نگر» شامل آموزش افراد برای هدایت توجه‌شان به سمت هیجان‌ات مثبت است؛ «روان‌درمانی مثبت‌نگر» از طریق افزایش افکار و رفتار مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق، احساس تسلط، توانمندی و قدرت باعث کاهش رفتارهای منفی همچون استعداد مصرف مواد می‌شود (۴۵). به عبارتی، با افزایش هیجان‌های مثبت، این افراد خزانه فکر-عمل را گسترش داده و تعداد زیادی منابع حمایتی نیز به مرور زمان ایجاد می‌کنند که اگرچه هیجان‌های مثبتی که منجر به ایجاد این منابع در شخص می‌شوند گذرا هستند، اما منابع شخصی به دست آمده از این فرآیند دائمی بوده و فرد می‌تواند در شرایط خطرناک و سخت از آن‌ها استفاده کند. در نهایت آگاهی افزایش یافته و پذیرش افکار و حواس در موقعیت‌های پرخطر منجر به روش‌های سازگارانه‌تر پاسخ به نشانه‌های موقعیتی و احتمال کاهش استعداد مصرف مواد خواهد شد (۱۹).

«روان‌درمانی مثبت‌نگر» و گروه کنترل در متغیر دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج مطالعات الله‌دینی و همکاران (۲۵)، انوری و سرداری (۲۷)، Quidbach و همکاران (۱۳)، Obermann & Genuine (۱۴)، قهاری و همکاران (۲۴)، و لاکانی و اکبری (۲۶)، همسو می‌باشد که نشان دادند «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به کاهش دشواری در تنظیم هیجان از طریق بهبود راهبردهای تنظیم هیجان می‌انجامد. عبارتی، به افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون منجر می‌شود. در تبیین تاثیر اثربخشی «روان‌درمانی مثبت‌نگر» بر دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی، می‌توان گفت تمرینات و جلسات «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر بشناسند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کند که هدف از آن تعدیل احساسات بدون رفتار واکنشی و مخرب می‌باشد. توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و رویرو شدن با آن به جای اجتناب به بهبود راهبردهای تنظیم هیجان کمک می‌کند (۱۴). در تبیینی دیگر، از آنجایی که تفکر منفی و خلق‌وخوی منفی عمیقاً در فرآیند اعتیاد دخیل هستند و در چهارچوب‌های مفهومی که مصرف مداوم مواد و عود را توضیح می‌دهند، شناسایی شده‌اند؛ مداخلات «روان‌درمانی مثبت‌نگر» می‌تواند این منفی بودن خلق را با الهام بخشیدن به امید و خوش بینی، بهبود روابط، بخشش، تقویت عزت‌نفس و خودکارآمدی، و ارائه جایگزینی برای مواد مخدر و الکل مختل کند (۲۱). در واقع مداخله «روان‌درمانی مثبت‌نگر» به افراد معتاد کمک می‌کند تا باورها و راهبردهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و باورها و راهبردهای انطباقی و منعطف‌تری را در پاسخ به هیجان‌های خود اتخاذ کنند. همچنین از مهم‌ترین اهداف «روان‌درمانی مثبت‌نگر» کمک به ارتقا و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود (۴۶). به طور کل «روان‌درمانی مثبت‌نگر» می‌تواند هم عاطفه مثبت پایین را افزایش دهد و هم عاطفه منفی بالا را کاهش دهد و لذا، ممکن است مکمل مفیدی برای مشاوره رفتارهای اعتیادآور

به راهنمایی آقای دکتر بهمن اکبری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می باشد که با کد پژوهشی ۱۳۹۹/۹/۲۴ در تاریخ ۱۱۷۴۸۶۳۰۹۸۰۰۴۵۰۱۳۹۹۱۶۲۲۷۲۷۸۴ به ثبت رسیده است. همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1400.040 در سامانه کمیته اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت (<https://ethics.research.ac.ir/EthicsProposalView.php?id=246050>) ثبت شده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی رشت و همکاران ایشان، نهایت تشکر را به عمل آورده و همچنین از شرکت کنندگان و همکاران محترم کمپ های ترک اعتیاد شهر رشت تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده اند.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «روان درمانی مثبت نگر» نقش موثری بر استعداد مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی داشته است. همچنین نتایج در طول پیگیری ۲ ماه نیز ثبات نسبی را نشان داد. پیشنهاد می شود درمانگران حوزه اعتیاد از روش فوق به عنوان روش درمانی کاربردی و مؤثر برای بهبود رفتارهای اعتیادآور و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به مواد مخدر استفاده نمایند. با توجه به این که در مطالعه حاضر گروه نمونه از چند مرکز ترک اعتیاد شهر رشت انتخاب شدند، تعمیم پذیری نتایج را تا اندازه های محدود می سازد. همچنین پیامد درمان با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی سنجیده شده است که ممکن است پاسخ دهندگان براساس میل به مطلوبیت اجتماعی پاسخ داده باشند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زینب کریمیان

References

1. Kimmel SD, Gaeta JM, Hadland SE, Hallett E, Marshall BD. Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics*. 2021; 147(Supplement 2): S240-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023523G>
2. Akerele E. Opioids. In *Substance and Non-Substance Related Addictions* 2022; (pp. 179-184). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84834-7_15
3. Fakhrpour R, Yavari Y, Saberi Y. [The effect of eight weeks of pilates training on total antioxidant capacity and c-reactive protein in the blood in men addicted to methamphetamine who are quitting]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(2): 44-52. <http://jhpm.ir/article-1-1136-fa.html>
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2015; 300-323. <https://doi.org/10.1007/978-1-609139712>
5. Alaei Khorayem S, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. [Designing and testing a model of familial and individual factors of substance use tendency in university students]. *Scientific Quarterly of Research on Addiction*. 2021; 15(59): 111-138. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2427-fa.html> <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.59.111>
6. Stobaugh HC, Mayberry A, McGrath M, Bahwere P, Zagre NM, Manary MJ, Black R, Lelijveld N. Relapse after severe acute malnutrition: A systematic literature review and secondary data analysis. *Maternal & Child Nutrition*. 2019; 15(2): 1-12. e12702. <https://doi.org/10.1111/mcn.12702>
7. Hershberger AR, Um M, Cyders MA. The relationship between the UPPS-P impulsive personality traits and substance use psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017 178(9): 408-416. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.032>
8. Segal KS, Esan H, Burns AR, Weinberger AH. Epidemiologic research on the relationship of nicotine dependence to psychiatric and substance use disorders. In *Negative Affective States and*

- Cognitive Impairments in Nicotine Dependence 2017; (pp. 217-228). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802574-1.00013-2>
9. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*. 2019, 71: 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003>
 10. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion*. 2020; 20(1): 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
 11. Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016, 163(Supplement 1): S13-18. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041>
 12. Reichl D, Enewoldsen N, Weisel KK, Saur S, Fuhrmann L, Lang C, Berking M, Zink M, Ahnert A, Falkai P, Kraus T. Lower emotion regulation competencies mediate the association between impulsivity and craving during alcohol withdrawal treatment. *Substance Use & Misuse*. 2022, 57(4): 649-655 <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034878>
 13. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*. 2015; 141(3): 655-693. <https://doi.org/10.1037/a0038648>
 14. Obermann LA. Genuine, independent, holistic, and appropriate: Four considerations for the optimization of positive interventions. [dissertation]. University of Pennsylvania; 2017. 69p. https://repository.upenn.edu/mapp_capstone/111/
 15. Rashid T, Seligman MP. *Positive Psychotherapy: Clinician Manual*. Oxford University Press. 2018; <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780195325386.001.0001>
 16. Hekmat MR, Pasha R, Borna MR, Talebzadeh Shoshtari M. [The effectiveness of “Positive Psychology Intervention” on social well-being in male adolescents with conduct disorder in Ahvaz correctional center]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 11(1): 1-11. <http://jhpm.ir/article-1-1428-fa.html>
 17. Arslan G, Yıldırım M, Zangeneh M, Ak İ. Benefits of positive psychology-based story reading on adolescent mental health and well-being. *Child Indicators Research*. 2022; 15(1): 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09891-4>
 18. Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. [The effectiveness of “Positive Psychotherapy” on self-compassion, self-criticism, perception of suffering and psychological distressing of infertile women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(6): 12-27. <http://jhpm.ir/article-1-1353-fa.html>
 19. Behbehani L, Sardary B. [The effectiveness of positive psychotherapy on decrease craving and relapse prevention in opiate addicts]. *Etiadpajohi*. 2020; 13 (54): 91-108. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2169-fa.html>
 20. Kahler CW, Surace A, Gordon RE, Cioe PA, Spillane NS, Parks A, Bock BC, Brown RA. Positive psychotherapy for smoking cessation enhanced with text messaging: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*. 2018, 71(8): 146-153 <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.06.013>
 21. Krentzman AR, Barker SL. Counselors’ perspectives of positive psychology for the treatment of addiction: A mixed methods pilot study. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2016, 34(4): 370-850 <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1217705>
 22. Webb JR, Hirsch JK, Toussaint L. Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice. *Spirituality in Clinical Practice*. 2015; 2(1): 48-60. <https://doi.org/10.1037/scp0000054>
 23. 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*. 2017; 10(2): 42-51. http://chj.rums.ac.ir/article_45786_en.html
 24. Ghahari S, Farhanghi Z, Gheyarani B. [The effectiveness of teaching positive psychology on dysfunctional attitudes and emotional self-regulation of withdrawing addicts]. *European Psychiatry*. 2017; 41(S410). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933817303607> <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.345>
 25. Alahdini M, Moharer GS, Shirazi M. [The effectiveness of positive psychology interventions on promoting impersonal emotion

- regulation and mindfulness in exercise, chronic mental patients]. *Islamic Life Style*. 2020; 5(4): 118-129. <http://islamielifej.com/article-1-767-fa.html>
26. Lakani N, Akbari B. [The effectiveness of positive psychotherapy on emotional regulation, cognitive flexibility and mental happiness of internet addicted students]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;64(3): 3421-3438. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18898>
 27. Anvari J, Sardary B. [The effectiveness of positive psychotherapy on improving cognitive emotion regulation strategies in male secondary high school students with anxiety symptoms]. *Positive Psychology Research*. 2019, 5(2): 31-46. <https://doi.org/10.22108/ppls.2019.114487.1596>
 28. Kadivar M, Kahrazei F, Nikmanesh Z. [The effectiveness of interventions based on positive psychotherapy on improving coping styles, relapse prevention in individuals with substance use disorder]. *Positive Psychology Research*. 2016; 1(4): 41-54. https://ppls.ui.ac.ir/article_21053.html?lang=en
 29. Antoine P, Dauvier B, Andreotti E, Congard A. Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: *Applied Psychology, Personality and Individual Differences*. 2018, 122 (2): 140-147 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>
 30. Sarrami H, Ghorbani M, Minooei M. [Survey of four decades of addiction prevalence researches in Iran]. *Scientific Quarterly of Research on Addiction*. 2013; 7 (26): 29-52. <http://etiadpajohi.ir/article-1-286-fa.html>
 31. Boosaeidi K, Rajaei A, Bayazi MH. [The effect of hypnotherapy treatment on impulsivity, coping styles and addiction symptoms of addicts]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2021; 28 (3): 195-209. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-6813-fa.html>
 32. Delavar A. [Probabilities and applied statistics in psychology and educational sciences (with revisions and additions)]. Tehran: Roshd. 2020; 30th edition. <https://www.roshdpress.ir>
 33. Weed NC, Butcher JN, McKenna T, Ben-Porath YS. New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*. 1992; 58(2): 389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15
 34. Sirigatti S, Stefanile C. Nuove misure per lo studio della dipendenza da sostanze con il MMPI-2: AAS, APS e MAC-R. *Bollettino di Psicologia Applicata*. 1996: 17-26. 1996 Sirigatti Stefanile_Tox-mmpix
 35. Svanum S, McGrew J, Ehrmann L. Validity of the substance abuse scales of the MMPI-2 in a college student sample. *Journal of Personality Assessment*. 1994; 62(3): 427-39. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_4
 36. Minooei M. [Assessment of the scientific validity, reliability and normalization of APS, AAS and MAC-R tests for spotting vulnerable individuals exposed to drug abuse among the male high school students in the city of Tehran]. *Scientific Quarterly of Research on Addiction*. 2003; 1 (3) :77-108. <http://etiadpajohi.ir/article-1-482-fa.html>
 37. Salimi H, Gohari S, Kermanshahi F, Javdan M. [On the prediction of addiction potential based on family process and content model in high school students]. *Scientific Quarterly of Research on Addiction*. 2015; 9 (34):53-66. <http://etiadpajohi.ir/article-1-434-fa.html>
 38. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 39. Dan-Glauser ES, Scherer KR. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*. 2012; 72(1): 5-11. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_133173EBD149.P001/REF.pdf <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
 40. Besharat MA. [Emotion Adjustment Difficulty Scale]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 12 (47): 89-92. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1427_f56239b2c2915caae073273aa3044ff5.pdf?lang=en
 41. Kermani Mamazandi Z, Tale Pasand S. [Psychometric characteristics of difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University students]. *Journal of Instruction and Evaluation*, 2018; 11(42): 117-142. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=730965>

42. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist*. 2006; 61(8): 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
43. Kordmirza E, Alizadeh M. [Addiction from a Positivist Psychotherapeutic Perspective]. Tehran: Simayedanesh. 2015. <https://www.simayedanesh.ir>
44. Mohammad Alipour Z, Bahrainian S A M, Asgharnejad Farid A. [Comparing of the effects of lifestyle changes training and positive psychology components on students' self-efficacy, outcome expectations, and mental health]. *Journal of Disability Studies*. 2021; 11(19): 1-11. <https://jdisabilstud.org/article-1-2630-fa.html>
45. McVeigh J, MacLachlan M, Stolz R, Cox H, Doyle N, Fraser A, Dyer M. Positive psychology and well-being at sea. In *Maritime Psychology*. Springer, Cham. 2017. (pp. 19-47). https://doi.org/10.1007/978-3-319-45430-6_2
46. Khanjani M. [Effectiveness of positive psychotherapy on satisfaction with life, optimism and positive affects in university students]. *Clinical Psychology Studies*. 2017, 7(27): 137-159.