

اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه)

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۴

خلاصه

مقدمه

طبق آمارهای غیررسمی مصرف مت‌آمفتامین در ایران در جایگاه دوم یا سوم پرمصرف‌ترین مواد مورد سوء مصرف قرار گرفته است. هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه) بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش و پس‌آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مراجعه‌کننده به مرکز تی سی استان کرج در پاییز ۱۳۹۷ بودند. روش نمونه‌گیری بصورت دردسترس (۴۰ مرد) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۲۰) و گواه (n=۲۰) قرار گرفتند. مرحله پیش‌آزمون، مقیاس پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان و فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (۲۱-DASS) انجام شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مثبت‌گرا قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان هر دو گروه تحت پس‌آزمون و دوره پیگیری (۳ ماه) قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

نتایج

نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه، پس از اجرای درمان تفاوت معناداری وجود دارد. بطوریکه، میانگین نمره رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجان‌های منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه) موثر می‌باشد.

کلمات کلیدی

استرس، اضطراب، افسردگی، درمان مثبت‌گرا، داروهای محرک (شیشه)، رفتارهای خودآسیب‌رسان.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

پژمان جنود^۱

فاطمه محمدی شیرمحلله^{۲*}

شهرام محمدخانی^۳

مرجان حسین زاده تقوایی^۲

پریسا پیوندی^۲

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد کرج،

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج،

ایران

۳ دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی،

دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Email: M_Mohammadi1352@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد و اساساً مصرف مواد مخدر از جمله بزرگترین چالش‌های عصر حاضر محسوب می‌شود که در سراسر جهان فراگیر گشته و روز به روز بر شمار قربانیان آن افزوده شده است (۱). این پدیده پیچیده دارای جنبه‌های مختلف فیزیکی، روان شناختی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است که با تأثیرگذاری بر حوزه‌های مذکور، برای رفاه و بهزیستی انسان خطر جدی و اساسی محسوب می‌شود (۲). اعتیاد، مشکلی جهانی است، مسئول مرگ و میر ۵ میلیون نفر و همچنین ۴۲ میلیون مورد جدید ابتلا به اچ آی وی (HIV) در هر سال محسوب می‌گردد (۳).

اگر خانواده‌ی فرد معتاد که به انحاء مختلف درگیر مشکلات و مصائب ناشی از مصرف مواد می‌گردند به حساب آورده شود، متوجه می‌شویم که بخش قابل توجهی از مردم کشورمان با این مسئله دست به گریبان هستند (۴). وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی در مراحل پیشرفته‌تر و به خصوص مصرف شیشه، همراه با مخاطرات بسیاری برای فرد و جامعه است (۵). بسیاری از معتادان به داروهای محرک از جمله شیشه قادر نیستند علی‌رغم درمان‌های مختلف به وضعیت پرهیز مداوم دست یابند و در صورت نبود درمانی محافظت‌کننده ناگزیر به ادامه حیاتی خواهند بود که تا آخر عمر تنها حول محور تهیه و مصرف مواد دور می‌زند (۶).

تعداد مصرف‌کنندگان مت - آمفتامین‌ها در کشور سیری صعودی را طی می‌کند (۷) و در حال حاضر بیش از ۲۵۰ هزار تن تخمین زده می‌شود، در حالی که تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. در حال حاضر جرایم مرتبط با مواد مخدر بیشترین درصد جرایم را تشکیل می‌دهد و ۴۷٪ زندانیان در رابطه با مواد مخدر در حبس به سر می‌برند (۸).

این آمار بنا بر ماهیت اعتیاد می‌تواند منجر به فقر، از دست دادن زندگی، ایجاد هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی سنگین، خودکشی، مرگ، بروز جرائم، ازدواج‌های ناموفق، مشکلات

جنسی و یا ابتلا به ویروس اچ آی وی گردد (۹). اگر چه مصرف مواد افیونی در ایران شمار زیادی را به خود مشغول نموده است، اما پدیده اعتیاد در مصرف مواد افیونی خلاصه نمی‌گردد، بلکه طیف وسیعی از داروهای متفاوت را شامل می‌شود. به گونه‌ای که امروزه تقریباً اکثر مصرف‌کنندگان مواد مخدر از مواد صنعتی یا همان اشکال نوین مواد مخدر استفاده می‌کنند (۱۰).

نظر به این امر، آنچه امروزه خصوصاً در کشور ما، ایران، در کانون توجه مصرف‌کنندگان قرار گرفته، مواد مخدر صنعتی است. این تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی به صنعتی، شیمیایی و روان گردان، تهدیدی جدی و اساسی محسوب می‌شود که کشور ما را همچون سایر کشورها در معرض آسیب قرار داده است (۱۱). مواد مخدر صنعتی در مقایسه با مواد مخدر سنتی، آثار و پیامدهای بسیار مخربی برای فرد و جامعه به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به تحریک دستگاه اعصاب مرکزی، بروز تشنج و حرکات غیر قابل کنترل همراه با تعریق، گشادی مردمک چشم و یا کنش‌های شدید رفتاری در مصرف‌کنندگان اشاره نمود (۱۲). در سال‌های اخیر الگوی مصرف ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته و سوء مصرف‌کنندگان مواد به خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت آمفتامین، کراک، و هروئین هستند (۱۳). مت آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به نام شیشه رواج یافته از مواردی است که به شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است (۱۴).

در حال حاضر کاهش میزان عود یکی از چالش‌های اصلی درمان‌گران و بیماران در زمینه سوء مصرف مواد می‌باشد. در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت‌های چشم‌گیری به دست آمده و در درمان از یک رویکرد چند رشته‌ای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بهره گرفته می‌شود (۱۵). امروزه، متخصصان در حوزه‌های مختلف سلامت روان، سعی می‌کنند تا برای مقابله مؤثر و کارآمد با این بحران جهانی، راهکارهای مؤثر و در عین حال مفیدی را ارائه دهند (۱۶). عوامل مختلفی همچون افسردگی، اضطراب، خودکشی و آسیب به خود، سطح امید به زندگی پایین،

توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود (۲۳). روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد مثبت‌اندیشی شکلی از فکر کردن است که برحسب عادت در پی به دست آوردن بهترین نتیجه از بدترین شرایط می‌باشد (۲۴). نحوه‌ی تفکر افراد دربارهِی یک رویداد، شیوه‌ی برخورد با آن را مشخص می‌کند. تفکر مثبت، شیوه‌های از فکر کردن است که فرد را قادر می‌سازد نسبت به رفتارها، نگرش‌ها، احساس‌ها، علایق و استعداد‌های خود و دیگران برداشت و تلقی مناسبی داشته باشد و با حفظ آرامش و خونسردی بهترین و عاقلانه‌ترین تصمیم را بگیرد (۲۵).

از این رو هدف از پژوهش حاضر آن است که به بررسی اثر بخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مصرف‌کنندگان شیشه مورد بررسی قرار دهد. بنابراین سؤال اصلی این تحقیق را می‌توان این‌گونه بیان کرد: آیا اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه) مؤثر است؟

روش کار

این پژوهش، پژوهشی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تشکیل داده‌اند که به مرکز تی سی استان کرج در طی پاییز در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات حداقل ۱۰ روز و حداکثر شش ماه از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مصرف مت‌آمفتامین (گرفتن تست ادرار با آستانه مفروض سی‌صد نانوگرم در میلی‌لیتر دو بار در هفته به منظور احراز اطمینان از پابندی به پرهیز از مصرف) دریافت کردند، تشکیل دادند، که از بین آنها ۴۰ نفر از مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) (با اخذ رضایت کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به شیوه زیر صورت پذیرفت. از طریق جایگزینی تصادفی به گروه مداخله (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند (با

اختلالات شخصیت، عوامل زیستی و... می‌تواند زمینه‌ساز گرایش فرد به سوی مواد مخدر باشد. همچنین هر یک از عوامل نامبرده خود می‌توانند به عنوان پیامدهای مصرف مواد مخدر نیز در نظر گرفته شوند (۱۷). از جمله متغیرهای دیگری که در معنادار قابل بررسی می‌باشد، رفتار خود آسیب‌زنی است. فعالیتی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بدون هیچ‌گونه قصد خودکشی روی فرد و توسط خودش اعمال می‌شود، پدیده‌ای است که هنوز یافته‌های زیادی در مورد علت بروز آن به دست نیامده است و مانند پازلی تکمیل نشده می‌ماند. اعمالی چون سوزاندن، بریدن و خودزنی از مشخصه‌های رفتار خود آسیبی است (۱۸). رفتارهای خود آسیب‌زنی به میزان زیاد در میان افرادی با ویژگی اعتیاد به دارو و مواد مخدر و الکل مشهود بود. الکل و مواد مخدر به عنوان یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای خود آسیب‌زنی و حتی خودکشی در میان در جوانان محسوب می‌شود (۱۹).

با توجه به پیشینه پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد و به طور کلی پیرامون افراد وابسته به مواد مخدر، بحران مثبت‌نگری در زندگی امری اساسی در گرایش و در عین حال زمینه‌سازی برای مصرف مواد مخدر محسوب می‌گردد (۲۰). روان‌شناسی مثبت‌گرا به دنبال فهم و تشریح شادمانی و احساس ذهنی بهزیستی است و همچنین به پیش‌بینی عواملی که بر آن‌ها موثر است، تمرکز دارد؛ این رویکرد از منظری مثبت‌گرایانه به اختلالاتی همچون افسردگی، سوء مصرف مواد و... توجه می‌کند و عمدتاً به تقویت کردن توانمندیها و شایستگیهای فرد توجه دارد و بر این باور است که افراد برای جلوگیری از بیماری‌ها باید از تواناییهایی چون امید، خوش‌بینی، مهارت، پشتکار و قابلیت درونی برخوردار باشند (۲۱). فنون مورد استفاده روان‌شناسان مثبت‌گرا نه تنها از سطح هیجان‌ات منفی می‌کاهد بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را آموزش می‌دهد (۲۲).

روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به‌گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت،

زیرمقیاس عبارتند از: تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضدتجزیه ای، ضدخودکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام‌گیری و خودمختاری می‌باشد. در تحقیق خانی پور و همکاران (۱۳۹۵) در بخش رفتاری دو سوال غیر از خودجرحی (خود-آسیب‌رسانی) بدون خودکشی نیز به فهرست اضافه شد. یک سوال درباره سایر انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی بود که ممکن بود نوجوان آنها را انجام داده باشد ولی در فهرست نباشند و سوال دوم هم در ارتباط با سابقه اقدام خودکشی و دفعات آن در انتهای سوال‌ها پرسیده شد. از این فهرست صرفاً برای ثبت انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی استفاده شد. روایی محتوایی این ابزار توسط روانشناس و روانپزشک تایید شد. در بخش کارکردی با نظر متخصصان ۳ گویه را حذف و با ۳۶ گویه کار شد. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده ۸ عامل شناسایی شد. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون ۰/۹۴ بود (۲۷).

ضرایب پایایی کل پرسشنامه مذکور در این پژوهش ۰/۶۹ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می‌باشد.

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (۲۱-DASS): فرم کوتاه DASS یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۱ سوال و سه بخش مساوی راجع به هر یک از شاخص‌های مورد بررسی می‌باشد، که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است (۲۸). مقیاس افسردگی، احساس بی‌قراری و ملامت، ناامیدی، بی‌ارزش‌سازی زندگی، خود نارضایتی، فقدان علاقه/گرفتاری، بی‌لذتی و بی‌حکمتی را ارزیابی می‌کند. مقیاس اضطراب، برانگیختگی خودکار، اضطراب موقعیتی و تجربه ذهنی اضطراب را ارزیابی می‌کند. مقیاس استرس به سطوح برانگیختگی نامعین مزمن حساس هستند که دشواری در به آرامش رسیدن، برانگیختگی عصبی و به راحتی آشفته شدن، تحریک‌پذیری بی‌حوصلگی را ارزیابی می‌کند. پاسخگوها از مقیاس فراوانی ۴ درجه ای لیکرت بین صفر تاسه (=۰ هرگز، =۱

استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شده‌اند.

با توجه به مطالعات قبلی، تعداد حجم نمونه با استفاده از رابطه ذیل برای هر گروه ۲۰ بیمار محاسبه شد. ملاک‌های حضور در نمونه عبارت بودند از: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، از نظر جنسیتی مذکر بودن، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال، سکونت در شهر کرج، از مداخله آموزشی و درمانی دیگری استفاده نکنند. دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، توانایی برقراری ارتباط کلامی، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مت‌آفتمین بر طبق معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V). همچنین، ملاک‌های عدم حضور در نمونه عبارت بودند از: داشتن بیماری روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، شروع مجدد مصرف مواد، عدم تمایل ملاک‌های خروج را تشکیل داده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی: هدف از این پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سوالاتی در مورد نوع مواد مصرفی، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

رفتارهای خودآسیب‌رسان: فهرست و سیاهه رفتاری و کارکردی خودگزارشی خود-آسیب‌رسانی توسط کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) ساخته شده است (۲۶). این پرسشنامه دارای ۲ بخش رفتاری و کارکردی است. بخش رفتاری شامل ۷ سوال است. بخش کارکردی شامل دو عامل کارکردهای درون فردی (۵ کارکرد: تنظیم هیجانی، ضدتجزیه ای، ضدخودکشی، ابراز آشفتگی و تنبیه خود) و بین فردی (۸ کارکرد دیگر) است و با ۳۹ گویه سیزده نوع کارکرد را می‌سنجد. این ۱۳ کارکرد یا

¹ .Depression, anxiety, stress Scale

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-۲۱) را تکمیل کردند قبل از شروع مداخلات و سپس بلافاصله پس از اتمام هر دوره تکمیل کردند. مداخله یاد شده براساس پروتکل مداخله درمان مثبت گرا برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، قبل از مداخله (پیش آزمون)، بعد از انجام مداخله (پس آزمون) و ۳ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری) پرسشنامه را تکمیل کردند. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت توسط متخصص آموزش دیده برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان مثبت گرا در جدول ۱ ارائه شده است. پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.IAU.H.REC.1397.75 دریافت کرده است.

کم، ۲= متوسط، ۳= خیلی زیاد) برای ارزیابی تجربه هر حالت در هفته گذشته استفاده می کنند. در مطالعه ای با یک نمونه غیر بالینی، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۹). ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در پژوهش حاضر کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می باشد.

در این تحقیق، پس از دریافت مجوز از طرف دانشگاه و موافقت از سوی مرکز تی سی استان کرج، از مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مراجعه کننده به این مرکز، افراد نمونه براساس ملاک های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آنها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آنها مبنی بر شرکت در پژوهش، افراد بصورت تصادفی در گروه های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه رفتارهای خود آسیب رسان و

جدول ۱- ساختار مداخله درمان مثبت گرا (۳۰).

جلسه اول	ایجاد ارتباط اولیه، معارفه و مصاحبه، بیان قوانین جلسات بیان اهداف، بحث کلی در مورد خوش بینی و مثبت اندیشی باهدف ایجاد آمادگی ذهنی برای تقویت تفکر سالم و مثبت در آزمون ها یادداشت نقاط قوتی که در خود سراغ دارند
جلسه دوم	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی) احترام به خود و حرمت خود و بحث گروهی یادداشت نقاط قوت خود از دید دیگران
جلسه سوم	بازسازی شناختی یا جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی جایگزین نمودن افکار منطقی و مثبت به جای افکار غیرمنطقی و منفی
جلسه چهارم	آموزش مثبت نگری و کشف ویژگی های مثبت، بحث گروهی و ارائه فعالیت های تکمیلی ثبت تجارب شیرین خود در هفته اخیر
جلسه پنجم	افزایش افکار و خود گویه ای مثبت تمرکز بر نقاط قوت خود و آگاه شدن از نکات مثبت دیگران بیان حداقل ۵ تجربه مثبت خود و صحبت درباره آن ها در گروه شناسایی و نگارش حداقل سه مورد از افکار منفی خود و سه فکر مثبت متضاد آن
جلسه ششم	ارائه بازخوردهای مثبت به افراد با توجه به فعالیت های انجام شده در جلسه پنجم؛ به این صورت که هر فرد نوبت می گیرد تا نکات مثبتی که درباره دیگری تشخیص داده است را به او بگوید و فهرست مربوط به هر شخص به او داده می شود توانایی هایی که در طول هفته به آن دست می یابند به لیست خود اضافه کنند.
جلسه هفتم	بیان اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح شده در مراحل قبل به ترتیب اولویت آن ها، بیان نقاط قابل اتکایی که در این تجارب خوشایند از آن ها استفاده کرده اند و ارائه شواهد و معیارهایی دال بر اینکه با ارزش ترین و معتبرترین آن ها قابل اتکا هستند گزارش هر ویژگی مثبتی که تاکنون در مورد خود به آن پی برده اند با ذکر دلیل
جلسه هشتم	پایان دادن درمان / واریسی و بحث در مورد درمان / انجام پس آزمون

نتایج

در این مطالعه تعداد ۴۰ مرد وابسته به مواد محرک (شیشه) ۲۰ نفر گروه کنترل و ۲۰ نفر گروه آزمایش) در دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۳۳/۹۰ \pm ۵/۰۹$ ، کنترل $۳۵/۰۱ \pm ۴/۷۷$ بود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف مواد مخدر شرکت کنندگان در گروه

آزمایش و کنترل به ترتیب $۸/۱۵ \pm ۴/۳۳$ ، $۹/۷۵ \pm ۳/۵۵$ بودند. از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی ۳۰ نفر مربوط به افراد متاهل بود. از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی ۲۱ نفر مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلم بود. از نظر وضعیت اقتصادی بیشترین فراوانی ۳۴ نفر مربوط به افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	۱۳/۱۵	۲/۷۳	۶/۷۰	۲/۲۷	۷/۲۰
افسردگی	۱۴/۳۰	۱/۹۷	۸/۱۵	۱/۲۶	۸/۵۵
استرس	۱۳/۴۵	۲/۲۵	۷/۰۱	۱/۷۱	۷/۲۰
اضطراب	۱۲/۶۰	۲/۷۰	۱۳/۰۱	۲/۶۱	۱۲/۷۵
افسردگی	۱۳/۸۵	۲/۰۷	۱۳/۹۵	۱/۷۶	۱۳/۹۵
استرس	۱۳/۳۰	۲/۳۴	۱۳/۵۰	۲/۲۱	۱۳/۷۵

گروه کنترل در مرحله پیش آزمون $۱۲/۶۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس آزمون $۱۳/۰۱ \pm ۲/۶۱$ و در مرحله پیگیری نیز $۱۲/۷۵ \pm ۲/۴۸$ نسبتاً ثابت مانده است.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، در گروه آزمایش (درمان مثبت گرا) در مرحله پیش آزمون $۱۳/۱۵ \pm ۲/۷۳$ ، در مرحله پس آزمون $۶/۷۰ \pm ۲/۲۷$ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز $۷/۲۰ \pm ۲/۱۴$ نیز کاهش یافته است.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیرهای پژوهش برای شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رفتارهای خودآسیب رسان	۳۳/۵۰	۴/۹۷	۲۲/۱۵	۴/۷۶	۲۲/۷۰
کارکرد بین فردی	۲۴/۱۰	۳/۸۹	۱۳/۴۰	۲/۷۰	۱۴/۰۵
کارکرد درون فردی	۱۴/۳۰	۲/۰۵	۷/۵۵	۱/۷۰	۸/۲۰
رفتارهای خودآسیب رسان	۳۴/۰۵	۵/۰۱	۳۳/۲۵	۵/۰۶	۳۳/۷۰
کارکرد بین فردی	۲۳/۶۵	۲/۷۹	۲۲/۸۵	۲/۱۱	۲۳/۰۵
کارکرد درون فردی	۱۳/۳۰	۱/۹۷	۱۲/۹۰	۱/۹۹	۱۳/۴۰

گروه کنترل در مرحله پیش آزمون $۳۳/۰۵ \pm ۵/۰۱$ ، در مرحله پس آزمون $۳۳/۲۵ \pm ۵/۰۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۳۳/۷۰ \pm ۵/۲۵$ نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کارکرد بین فردی و کارکرد درون فردی نیز به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان شرکت کنندگان در گروه آزمایش دوم (درمان مثبت گرا) در مرحله پیش آزمون $۳۳/۵ \pm ۴/۹۷$ ، در مرحله پس آزمون $۲۲/۴ \pm ۱۵/۷۶$ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز $۲۲/۷۰ \pm ۴/۷۱$ نیز کاهش یافته است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برنمره‌های پس آزمون مولفه‌های هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی و استرس)

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا سهمی	توان آماری
اثربیلابی	۱/۰۳۵	۲۰/۰۳۱	۶	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۰/۰۷۹	۴۶/۹۷۸	۶	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۹۵
اثرهتلینگ	۱۰/۲۴۴	۹۲/۱۹۳	۶	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۱۰/۱۰۰	۱۸۸/۵۴۰	۳	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۰	۰/۹۵

$p \leq 0.005$

تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله (درمان مثبت گرا) می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است. حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هر یک از متغیرهای وابسته در ذیل آمده است.

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0.001$) نشان می‌دهد که بین مولفه‌های هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تفاوت معنادار بین گروه آموزش درمان مثبت گرا و گروه کنترل وجود دارد و براساس مجذور اتا بین، ۰/۵۲ تا ۰/۹۱٪ تفاوت‌های مشاهده شده در بین افراد، مربوط به

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برنمره‌های پس آزمون رفتارهای خود آسیب رسان

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا سهمی	توان آماری
اثربیلابی	۰/۸۸۷	۱۴/۸۸۵	۶	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۰/۱۷۲	۲۵/۹۳۴	۶	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۰/۹۵
اثرهتلینگ	۴/۴۸۷	۴۰/۳۸۶	۶	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۲	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۴/۴۱۰	۸۲/۳۱۲	۶	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	۰/۹۵

$p \leq 0.005$

مستقل یعنی روش مداخله (الگوی درمان مثبت گرا) می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است. حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هر یک از متغیرهای وابسته در ذیل آمده است.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0.001$) نشان می‌دهد که بین مولفه‌های رفتارهای خود آسیب رسان مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تفاوت معنادار بین دو گروه آموزش درمان مثبت گرا و کنترل وجود دارد و براساس مجذور اتا بین، ۰/۴۷ تا ۰/۸۵٪ تفاوت‌های مشاهده شده در بین افراد، مربوط به تأثیر متغیر

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیر رفتارهای خود آسیب رسان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذورات
رفتارهای خود آسیب رسان	۱۴۲۳/۳۳۳	۲	۷۱۱/۶۶۷	۳۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷

کارکرد بین فردی	۸۳۰/۸۳۳	۲	۴۱۵/۴۱۷	۵۵/۳۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
کارکرد درون فردی	۳۳۴/۹۳۳	۲	۱۶۶/۴۶۷	۴۶/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸

$p \leq 0.001$

گرفتن بر یک مسیر و یا قرار نگرفتن در آن مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر (مثبت و منفی) و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و هدفگذاری، توانایی دریافتن مسیر مناسب، دعا و توکل بر منبع هستی آفرین، مؤثر واقع گردد. در واقع می توان گفت که بر اساس نتایج این پژوهش و مباحث مطروحه در جلسات آموزش مثبت نگر (امید، تفکر مثبت و منفی، منبع کنترل، هدف و هدفگذاری، راهیابی، دعا و نیایش و توکل) پس از اجرای آموزش های مثبت اندیشی و سپس مقایسه ی پیش آزمون و پس آزمون تغییرات معناداری در نشانه های اعتیاد، رفتارهای خود آسیب رسان و هیجان های منفی در افراد وابسته به مواد محرک گروه آزمایش مشاهده شده است.

در تبیین این فرضیه می توان گفت که چگونگی واکنش فرد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی از جمله عواملی است که به طور مستقیم بر سلامتی فرد اثر می گذارد. وابستگی به مواد به دلیل سختی ترک و کاهش توانایی هایشان و همچنین آسیب پذیر بودن دستخوش تغییر می شود مهارت های مثبت اندیشی و تمهید برنامه های حمایتی که بتوان توانایی های سازگارانه و مهارت های زندگی را در این قشر تقویت کرد در پیشگیری از برگشت به مصرف مواد دارای اهمیت است (۱۷). در تبیین دیگر این فرضیه می توان گفت روانشناسی مثبت به جای تمرکز بر آسیب شناسی، بر این عقیده است که با تأکید بر مقاومت درونی، مکانیسم های مقابله ای و مثبت اندیشی می توانند به انسانها کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس آمیز و با فقدانها و دردها سازگار شوند و از آنها نجات یابند. روانشناسی مثبت به جای تأکید بر درد و رنج می آموزد که چگونه می توان شاد بود و چگونه می توان به امیدواری دست یافت که این موضوع در افراد با وابستگی به مواد بسیار مهم است (۱۸).

براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مولفه های رفتارهای خود آسیب رسان، کارکرد بین فردی و کارکرد درون فردی کمتر از ۰/۰۱ می باشد، تفاوت بین سه گروه در این مولفه ها تایید می شود. بنابراین می توان گفت الگوی درمان مثبت گرا در تغییر این مولفه ها از رفتارهای خود آسیب رسان مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تاثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان مثبت گرا بر بهبود رفتارهای خود آسیب رسان و هیجان های منفی در مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل مردان وابسته به مواد محرک می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

در پژوهش حاضر میانگین متغیر رفتارهای خود آسیب رسان و هیجان های منفی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت که نشانگر همگن بودن سه گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون بود، اما تفاوت بین سه گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بود که می تواند حاکی از اثربخشی مداخلات بر متغیر رفتارهای خود آسیب رسان و هیجان های منفی و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های پیرنیا، منصور، نجفی، ریحانی (۳۱)؛ پیرنیا، منصور، حاج صادقی (۳۲) همسو می باشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت آموزش مثبت نگر از جمله عناصری است که توانسته است بر میل و رغبت درونی افراد در انجام و یا عدم انجام یک عمل خاص، همچنین بر قرار

مثبت نگر را بررسی می‌کند و بجای انگشت گذاشتن روی ضعف انسان به توانمندی انسان توجه می‌کند و برای دستیابی به آن باید برنامه ریزی و تلاش کرد. به باور (۱۴).

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت مثبت اندیشی بدان معنا نیست که به مشکلات توجه نکنید یا بی دلیل و به صورت کاذب خوش بین باشید. ایده‌آل آن است که مشکلات را یادداشت کنید و سپس بجای آنکه در حلقه‌های فلج کننده احساسات ناخوشایند به دام بی‌افتید، دست به کار حل مشکلات شوید، مثبت اندیشی بجای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز می‌شود، روانشناسی مثبت نگر در پی آن است که از نقاط قوت انسان به عنوان سپری در برابر بیماریهای روانی بهره گیرد به این منظور عواملی که سبب سازگاری و رضایت هر چه بیشتر آدمی در مواجهه با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردند، بنیادی ترین سازه‌های مورد مطالعه در این رویکرد هستند (۱۳).

چرا که پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها عبارتند از محدودیت اول مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه گیری، عدم خویشتن نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی مصرف کنندگان به شیشه انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مثبت گرا را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و همچنین تمامی کارکنان مرکز تی سی استان کرج، بیماران و خانواده آنها جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت تمرین مثبت اندیشی موجب افزایش نگرش پذیرشی و شفقت نسبت به خود، دیگران و طبیعت می‌شود. داشتن نگرش پذیرشی موجب می‌شود که فرد بدون قضاوت و تعبیر و تفسیر حوادث و تجارب درونی خود را بپذیرد و تلاشی برای تغییر، اجتناب یا حذف آنها انجام ندهد. شفقت به مثابه داشتن عشق بی قید و شرط نسبت به انسان‌ها و اشیاء و توانایی پذیرش همه بخش‌های (چه خوشایند و چه ناخوشایند) خودمان، دیگران و زندگی توصیف می‌شود. پرورش روح شفقت به مثابه گذرگاهی در غلبه بر هیجان‌های منفی و رشد ارتباط با دیگران است (۱۹). با توجه با تاثیر مثبت این گونه برنامه‌ها، در جهت سازش با موقعیت و کاهش فشارهای روانی می‌تواند مفید واقع شود. روانشناسی مثبت نگر عمدتاً به تقویت کردن توانایی‌ها و سرمایه‌های روانشناختی فرد توجه دارد. افراد برای جلوگیری از بیماری باید از توانایی‌هایی چون امید، خوش بینی، مهارت، پشتکار انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. مسئله این نیست که چگونه می‌توانیم ضعف‌های افراد را اصلاح کنیم بلکه این است که چگونه می‌توانیم توانایی‌های افراد را پرورش دهیم و تقویت کنیم (۲۰).

چرا که روان‌شناسی مثبت نگر در پی آن است که افراد را نیرومند تر و پر بارتر کند و استعدادهای آنان را شکوفا کند. روانشناسی مثبت نگر مطالعه‌ی علمی کارکردهای بهینه و مطلوب انسانی است این رویکرد بر نقاط قوت، استعدادهای بالقوه و شکوفایی این استعدادها تکیه دارد و با این هدف موجب می‌گردد از عواملی که به افراد کمک می‌کند. چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی به رشد و بالندگی برسند، شناخت بیشتری پیدا کنیم. با پدید آبی روانشناسی مثبت نگر در چند دهه اخیر توانمندی‌ها و ارتقای سطح سلامت و بهزیستی روانشناختی افراد به خصوص افراد مبتلا به بیماریهای مزمن همواره تاکید بر بالفعل نمودن استعدادهای و جلوگیری از اضمحلال روانی وی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. به گونه‌ای که علم روانشناسی دست خوش تغییر بنیادی از پرداختن صرف به ترمیم آسیب‌ها در جهت بهینه سازی کیفیت زندگی شد (۱۵). مثبت نگری بجای تاکید بر عواطف منفی، عواطف

Reference

1. Dermatis H, Galanter M. The role of twelve-step-related spirituality in addiction recovery. *Journal of religion and health*. 2016 Apr 1; 55(2):510-21.
2. Savulich G, Riccelli R, Passamonti L, Correia M, Deakin JF, Elliott R, Flechais RS, Lingford-Hughes AR, McGonigle J, Murphy A, Nutt DJ. Effects of naltrexone are influenced by childhood adversity during negative emotional processing in addiction recovery. *Translational psychiatry*. 2017 Mar; 7(3):e1054-.
3. Henderson H, Hoots V, Barnett J, Clements A. Employer Perceptions of Addiction Recovery and Hiring Decisions.
4. Neale J, Panebianco D, Finch E, Marsden J, Mitcheson L, Rose D, and Strang J, Wykes T. Emerging consensus on measuring addiction recovery: findings from a multi-stakeholder consultation exercise. *Drugs: education, prevention and policy*. 2016 Jan 2; 23(1):31-40.
5. Kemp R. Addiction and addiction recovery: a qualitative research viewpoint. *Journal of Psychological Therapies*. 2019 Sep 30; 4(2):167-79.
6. Holt SR, Segar N, Cavallo DA, Tetrault JM. The addiction recovery clinic: a novel, primary-care-based approach to teaching addiction medicine. *Academic Medicine*. 2017 May 1; 92(5):680-3.
7. Elahi, K., saffarian toosi, M. The association of perceived social support and emotional self-regulation with relapse of drug usage in women. , 2017; 4(42): 79-88
8. oji A, Heidari A, bakhtiarpour S, saraj khorami N. Comparison of the Effectiveness of matrix therapy and modern group reality therapy based on choice theory on resilience and social adjustment in methamphetamine-dependent men who are treated with buprenorphine. 2020,3(54):45-54.
9. Haghghi S, Movahedzadeh B, Malekzadeh M. The effectiveness of group cognitive hypnotherapy on major depression referred to residential and semi-residential addiction recovery centers. *Armaghane danesh*. 2016 Dec 15; 21(9):914-23.
10. Eshleman R, Jha D, Singh R. Identifying individuals amenable to drug recovery interventions through computational analysis of addiction content in social media. In 2017 IEEE International Conference on Bioinformatics and Biomedicine (BIBM) 2017 Nov 13 (pp. 849-854). IEEE.
11. Daly JM. Development and Evaluation of an Addiction Recovery Coach Referral Program in an Academic Medical Center Emergency Department. *Wilmington University (Delaware)*; 2019.
12. Bliuc AM, Best D, Beckwith M, Iqbal M. Online support communities in addiction recovery: capturing social interaction and identity change through analyses of online communication. In *Addiction, Behavioral Change and Social Identity* 2016 Nov 10 (pp. 149-166). Routledge.
13. Moeini P, Malihialzackerini S, Asadi J, Khajevand khoshly A. The Effectiveness of Metacognitive Training on Sense of Coherence and Quality of Life in Spouses of Addicted Men. ۲۰۲۰؛ ۱۳ (۵۴): ۲۰۴-۲۲۴ اعتبارپذیروهی.
14. ansarizadeh M, javaheri M H, moiniyan D. Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy, Medicinal Therapy, and Placebo in Reducing Anxiety in Substance Abuseers. ۲۰۱۸؛ ۱۱ (۴۴): ۷۴-۵۹ اعتبارپذیروهی.
15. Bartkowski JP, Grettenberger SE. Does Faith Matter? Client Transformation in Parenting, Housing, and Addiction Recovery Programs. In *The Arc of Faith-Based Initiatives 2018* (pp. 129-155). Springer, Cham.
16. Young K. The evolution of internet addiction disorder. In *Internet addiction 2017* (pp. 3-18). Springer, Cham.
17. Wayne KM, Goyer J, Dettor D, Mahoney L, Samuels EA, Yedinak JL, Marshall BD. Implementing peer recovery services for overdose prevention in Rhode Island: An examination of two outreach-based approaches. *Addictive behaviors*. 2019 Feb 1; 89:85-91.
18. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, De Leon J. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry*. 2016 Feb 1; 7:8.
19. Ducasse D, Van Gordon W, Brand-Arpon V, Courtet P, Olié E. Borderline personality disorder: from understanding ontological addiction to psychotherapeutic revolution. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2019 Jun 4:1-5.
20. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2008 Feb 15; 5(2):173-8.
21. Gregory GA, Kitterman JA, Phibbs RH, Tooley WH, Hamilton WK. Treatment of the idiopathic respiratory-distress syndrome with continuous positive airway pressure. *New England Journal of Medicine*. 1971 Jun 17; 284(24):1333-40.

22. Ramalingam SS, Yang JC, Lee CK, Kurata T, Kim DW, John T, Nogami N, Ohe Y, Mann H, Rukazenzov Y, Ghiorghiu S. Osimertinib as first-line treatment of EGFR mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2018 Mar 20; 36(9):841-9.
23. Gianni L, Bisagni G, Colleoni M, Del Mastro L, Zamagni C, Mansutti M, Zambetti M, Frassoldati A, De Fato R, Valagussa P, Viale G. Neoadjuvant treatment with trastuzumab and pertuzumab plus palbociclib and fulvestrant in HER2-positive, ER-positive breast cancer (NA-PHER2): an exploratory, open-label, phase 2 study. *The Lancet Oncology*. 2018 Feb 1; 19(2):249-56.
24. Joensuu H. Escalating and de-escalating treatment in HER2-positive early breast cancer. *Cancer treatment reviews*. 2017 Jan 1; 52:1-1.
25. Remon J, Menis J, Hasan B, Peric A, De Maio E, Novello S, Reck M, Berghmans T, Wasag B, Besse B, Dziadziuszko R. The APPLE trial: feasibility and activity of AZD9291 (osimertinib) treatment on positive plasma T790M in EGFR-mutant NSCLC patients. EORTC 1613. *Clinical lung cancer*. 2017 Sep 1; 18(5):583-8.
26. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Feb 1; 191:109-17.
27. Beaufort IN, De Weert-Van Oene GH, Buwalda VA, de Leeuw JR, Goudriaan AE. The depression, anxiety and stress scale (DASS-21) as a screener for depression in substance use disorder inpatients: a pilot study. *European addiction research*. 2017; 23(5):260-8.
28. Moussa MT, Lovibond P, Laube R, Megahead HA. Psychometric properties of an Arabic version of the depression anxiety stress scales (DASS). *Research on Social Work Practice*. 2017 May; 27(3):375-86.
29. Nanthakumar S, Bucks RS, Skinner TC, Starkstein S, Hillman D, James A, Hunter M. Assessment of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) in untreated obstructive sleep apnea (OSA). *Psychological assessment*. 2017 Oct; 29(10):1201.
30. Bleakley CM, Reijgers J, Smoliga J. Many high quality RCTs in sports physical therapy are making false positive claims of treatment effect: a systematic survey. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2020 Feb 1; 50(2):104-9.
31. Pirnia, B., Mansour, S., Najafi, E., Reyhani, R. Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community. *Community Health Journal*, 2016; 10(4): 47-56.
32. Pirnia, B., Mansour, S., Hajsadeghi, Z., Rahmani, S., Pirkhaefi, A., Soleimani, A. 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.

*Original Article***The Effectiveness of Positive Therapy on self-injurious behaviors and Negative Emotions in Drug-Dependent Men (Crystal Methamphetamine)**

Received: 27/02/2020 - Accepted: 13/06/2020

Pejman Jonoud¹
 Fatemeh Mohammadi shirmahaleh^{2*}
 shahram Mohammadkhani³
 Marjan Hossein-Zadeh Taqvaei²
 Parisa Peyvandi²

¹ Ph.D. in General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic AzaUniversity, Karaj, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

³ Associate Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Email: M_Mohammadi1352@yahoo.com

Abstract

Introduction: According to unofficial statistics, methamphetamine consumption in Iran is ranked as the second or third most commonly used substance abuse. The purpose of this study was to determine the effectiveness of positive treatment on self-injurious behaviors and negative emotions in men with opiate dependence.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental with pre- and post-test and follow up with control group. The statistical population consisted of all men with glasses referring to Karaj province TC center in autumn 2019. Samples were selected by convenience sampling (40 males) and were randomly divided into experimental (n = 20) and control (n = 20) groups. The pre-test phase, the questionnaire of self-harming behaviors and the short form of the Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) were used. Then the experimental group received 8 sessions of positive treatment and the control group did not receive any intervention. At the end both groups underwent posttest and follow up period (3 months). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used for data analysis.

Results: There was a significant difference between experimental and control groups after treatment. The mean score of negative self-injurious behaviors and negative emotions in the experimental group was lower than the control group (P <0.001).

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that positive therapy is effective on self-injurious behaviors and negative emotions in men with opiate dependence.

Key words: Stress, Anxiety, Depression, positive treatment, Stimulant Drugs (Crystal Methamphetamine), self-injurious behaviors.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.