فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال نهم، شماره سی و چهارم، تابستان ۱۳۹۴
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 9, No. 34, Summer 2015

مقاله
پژوهشی
Research

اثربخشی روان درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل بر عقاید وسوسه انگیز و سبک‌های دلبستگی و نظم جویی شناختی در معتادین در حال ترک

عارفه منجم [۱]، علیرضا آقایوسفی [۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۳

چکیده

هدف: هدف پژوهش‌حاضر، بررسی اثربخشی درمان‌گروهی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش عقاید وسوسه، تنظیم شناختی هیجان و تعدیل سبک‌های دلبستگی معتادین در حال ترک بود. **روش:** پژوهش مورد نظر از نوع روش‌های‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش عبارت بودند از: کلیه مردان معتادانی که در سال ۱۳۹۳ به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده‌بودند. تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد با استفاده از روش‌نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف به یکی از گروه‌های آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عقایدوسوسه انگیز، سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی‌هیجان استفاده شد. درمان گروهی تحلیل رفتار متقابل طی ۱۰ جلسه (۹۰دقیقه‌ای) انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که درمانگری تحلیل-رفتارمتقابل می‌تواند در کاهش عقاید وسوسه‌انگیز، خودسرزنش گری، نشخوارفکری، فاجعه نمایی، سرزنش دیگران و سبک‌های دلبستگی ناایمن و افزایش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، پذیرش و سبک دلبستگی ایمن مؤثر باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه افراد وابسته به مواد بیشتر در معرض هیجانات منفی قرار دارند بنابراین، در چنین موقعیت‌هایی احتمالاً بدون برنامه و به صورت تکانشی عمل می‌کنند. بنابراین، آموزش تحلیل رفتارمتقابل می‌تواند میزان کنترل را در موقعیت‌های استرس‌زا بالا ببرد.

کلید واژه‌ها: عقایدوسوسه‌انگیز، سبک‌های دلبستگی، نظم‌جویی شناختی، تحلیل رفتار متقابل، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، ایران ، پست الکترونیک: amonajem@gmail.com
۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است که با مسائل زیادی در حوزه-های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دالی[1] و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می‌شود و می‌تواند در اثر مصرف الکل، موادافیونی، حشیش، کوکائین به وجود آید و به شکل مستی، وابستگی و سوءمصرف خود را نشان دهد (ابوصالح[2]، ۲۰۰۶). بسیاری از نظریه‌پردازان درحوزه سوءمصرف مواد بر این باورند که مولفه‌های هیجانی در میزان گرایش افراد به مصرف‌مواد و میزان وسوسه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تاثیرگذارند. یکی از ویژگی‌های مهّمی‌که در اختلال سوءمصرف مواد تجربه می‌شود، وسوسه[3] است. سازمان‌جهانی بهداشت، وسوسه را به عنوان زیربنای شروع وابستگی به مواد، از دست‌دادن کنترل و عود دانسته است (دروموند[4]، ۲۰۰۰). در بسیاری از تعاریف امروزی از وابستگی دارویی، وسوسه به عنوان پدیده مرکزی و عامل اصلی ادامه سوءمصرف و همچنین بازگشت به سوءمصرف مواد پس از دوره‌های درمانی شناخته شده است (اختیاری، بهزادی، عقابیان، عدالتی و مکری، ۲۰۰۶). واژه میل یا وسوسه در تبیین بسیاری از رفتارهای اعتیادی نقش اساسی دارد. این واژه برای تبیین سطوح بالای مصرف در بازگشت به‌مواد استفاده می‌شود. وسوسه مصرف، نقش مهمی در بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد دارد (ریس و ویلیوکس[5]، ۲۰۱۵) و از مهم‌ترین عوامل بازگشت پس از قطع مصرف است (آبرامز[6]، ۲۰۰۰). وسوسه میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است که اگر برآورده نشود، رنج-های روان‌شناختی و بدنی نظیر ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و

1 . Daley
2 . Abou– Saleh
3 . Craving
4 . Drummond
5 . Reese& Veilleux
6 . Abrams

افسردگی را در پی خواهد داشت (آدولراتو، لژیو، آبیولی و گاسبرینی[1]، ۲۰۰۵). به علاوه دامنه‌ی وسیعی از تجارب منفی نظیر غمگینی، ملال، اضطراب و احساس گوشه‌گیری قابل نشانه‌گذاری برای سوءمصرف مواد هستند (چانی، روزل،کامینگز[2]، ۱۹۸۲). بسیاری از مطالعات مربوط به افراد وابسته به کوکایین حاکی از ارتباط بین وسوسه و بازگشت به مصرف(بوردینک، اشمیتز[3]، ۱۹۹۸) وسوسه و نتایج درمانی در مصرف‌کنندگان سیگار(پیاسکی[4]، ۲۰۰۶)، وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد (اهرمان[5] و همکاران، ۲۰۰۲) و نقش طرح‌واره‌های هیجانی در وسوسه مواد (معصومی نومندان، حسنی و حاتمی، ۱۳۹۳)است. فرض بر این است که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مواد را به منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب مصرف می‌کنند و یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از فرایندهای شناختی است. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه‌ی شناختی مقابله تأکید دارند. چگونگی ارزیابی سیستم‌شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت‌روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای نظم‌جویی‌شناختی تجارب هیجانی و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا است. نظم‌جویی هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجانات خود را برای رسیدن به یک پیامد مطلوب تعدیل می‌کنند (گارنفسکی، کرایج و اسپین هون[6]، ۲۰۰۲). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان احتمالاً به دلیل تعارض با اهداف خودتنظیمی در طول دوره‌های آشفتگی هیجانی در رشد و دوام حالات آسیب-شناختی نقش دارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد رفتارهای با ثبات و تنظیم‌شده هیجانی اندکی نسبت به افراد در معرض خطر کمتر اعتیاد نشان می‌دهند (شلدر و بلاک[7]، ۱۹۹۰). بر این اساس تنظیم ضعیف هیجان یک پیش‌زمینه مهم برای اختلالات مصرف مواد به حساب می‌آید(مزیچ[8]

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

1 . Addolorato, Leggio, Abeavoli& Gasbarrini
2 . Chaney, Roszell& Cummings
3 . Bordnick & Schmitz
4 . Piasecki
5 . Ehrman
6 . Garnefski, Kraaij& Spinhoven
7 . Shedler & Block
8 . Mezzich

وهمکاران، ۲۰۰۷) و مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجان سطح بالای مصرف الکل در دوره پس از درمان را پیش‌بینی می‌کند (برکینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های پژوهشی نقش بنیادین متغیرهای متعدد مربوط به کنش‌وری و رفتار خانوادگی را در دو زمینه پیشگیری و پدیدآیی اختلال‌های مصرف مواد نشان داده‌اند (باقری، آزادفلاح و فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۲؛ نیوکامب[2]، ۱۹۹۲). گستره و عمق نفوذ و تاثیرگذاری متغیرهای خانوادگی برحسب اهمیت‌شان از زاویه‌های متفاوت بررسی شده‌اند. این متغیرها از طریق فرایندهای‌اجتماعی و انضباطی والدین، آمادگی فرزندان را برای مصرف و سوءمصرف مواد تحت تاثیر قرار می‌دهند (نیوکامپ، ریچاردسن[3]، ۲۰۰۰؛ جانس‌و پاندینا[4]، ۱۹۹۱). یافته‌های بالینی مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین-فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تائید می‌کنند (کندل[5]، ۱۹۸۰). فرایند شکل‌گیری دلبستگی نوزاد به مادر نشان داد که تشکیل چنین پیوندی و تجربهٔ امنیت در چارچوب این پیوند سنگ‌بنای تحول و کنش‌وری در افراد غیر مبتلاست. از سوی دیگر، تجربه ناامنی در رابطهٔ دلبستگی با مشخصه‌های بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی همبستگی دارد (اینزورث، بلهرواترز و ول[6]، ۱۹۷۸؛کبک، اسکری[7]، ۱۹۸۸). سبک‌های دلبستگی، روش‌های مواجهۀ فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متاثر می‌سازند (جیمز، جانگوارد[8]، ۲۰۰۵). پژوهش‌های متعدد، رابطه بین دلبستگی و آسیب‌شناسی روانی در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی را بررسی‌کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها به طورکلی نشان‌دهنده اهمیت انکارناپذیر دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد است (کسدی، شاور[9]، ۱۹۹۹؛ ازترک، موتلو[10]، ۲۰۱۰؛ لیو، ناگاتا، شونو و کیتامورا[11]، ۲۰۰۹؛ کورو، رمیجر و هان[12]، ۲۰۱۰). سبک‌های دلبستگی با چندین متغیر از جمله عزت-نفس و اختلال در روابط بین‌فردی (مورلی و موران[13]، ۲۰۱۱)، خشم و خصومت

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

1. Berking 2 . Newcomb 3 . Richardson 4 . Johnson& Pandina
5. Kandel 6 . Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 7 . Kobak & Sceery
8 . James & Jongeward 9 . Cassidy & Shaver 10 . Ozturk & Mutlu
11. Liu, Nagata, Shono & Kitamura 12. Korver, Meijer & Haan 13 .Morley & Moran

(هورویتز، روزنبرگ و بارتلومو[1]، ۱۹۹۳)، اضطراب(موریس، مسترز، مورمان[2]، ۲۰۰۴)، افسردگی(لیو و همکاران، ۲۰۰۹) و اختلالات شخصیت و دلبستگی (فوساتی[3] و همکاران، ۲۰۰۳) مرتبط هستند. نظریه تحلیل رفتار متقابل نظریه‌ای منظم و هماهنگ درباره شخصیت و پویایی‌های اجتماعی ارائه می‌دهد و می‌تواند به عنوان یک درمان روان‌شناختی موثر باشد. دیدگاه تحلیل ارتباط محاوره‌ای، یک نظام روان‌درمانی است که در درمان انواع اختلالات روانی، از مشکلات روزانه‌گرفته تا روان‌پریشی‌های بسیار عمیق در مورد شخصیت به منظور رشد و تغییر شخصی به کار می‌رود. این نظریه، روش‌های درمان فردی، گروهی، زوجی و خانوادگی ارائه می‌دهد و خارج از حوزه‌درمانی در تحلیل رفتار متقابل در مراکز آموزشی نیز کاربرد دارد (جانسون[4]، ۲۰۱۱). روان‌درمانی درواقع نوعی رابطهٔ میان‌فردی است. همهٔ درمانگران اعتقاد راسخ دارند که باید یک رابطهٔ درمانی نیرومند را پرورش داد. اثربخشی درمان گروهی تحلیل‌رفتار متقابل در افراد دارای افسردگی و اضطراب (ویدوسن[5]، ۲۰۱۴)، در سبک‌های عشق‌ورزی زوجین (صادقی، احمدی، بهرامی، اعتمادی و پورسید، ۱۳۹۲)، ایجاد تغییرات مثبت در سازگاری افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی (نژاد نادری، دره‌کردی و دیوسالار، ۲۰۱۳) و افزایش عملکرد زوجین ناسازگار (سودانی، مهرابی‌زاده و سلطانی، ۱۳۹۱) تایید شده است. درمان گروهی تحلیل‌رفتار متقابل همچنین در افزایش عزت‌نفس سربازان (ابراهیم-ثانی، هاشمیان و دوکانه‌ای، ۱۳۹۱)، افزایش رضایت زناشویی و شادکامی (علامه، آقایی، آتش‌پور و مشتاقی، ۱۳۹۳)، افزایش رضایت زناشویی در زوجین(هنری، ۲۰۱۴)، بهبود رابطه والد-فرزند و بهبود مهارت حل تعارض (قنبری هاشم‌آبادی، شورچه و وفایی جهان، بلقان‌آبادی، ۱۳۹۱) نیز مؤثر است. در این نظریه مفاهیمی مانند الگوی حالت نفسانی (والد، بالغ، کودک)، روابط متقابل، نوازش، پیش‌نویس زندگی مد نظر قرار گرفته است و هدف این نظریه شناخت و تغییر رفتار است.

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

1. Horowitz, Rosenberg & Bartholomew
2. Muris, Meesters, Morren & Moorman
3. Fossati
4. Johnsson
5. Widdowson

براساس شواهد موجود می‌توان گفت که مجموعه نارسایی‌های مرتبط با نظم‌جویی شناختی، عقاید وسوسه‌انگیز مرتبط با مواد، متغیرهای خانوادگی، دلبستگی و شکل‌گیری شخصیت، در پدیدآیی اختلال‌های مصرف مواد نقش دارند. بر همین اساس و با عنایت به روند فزاینده اختلال سوءمصرف مواد در جامعه و تلویحات کاربردی احتمالی، هدف پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از: تمامی افراد وابسته به سوءمصرف مواد افیونی شهر تهران که در بازه زمانی آبان تا آذر ۱۳۹۳ به منظور ترک مواد افیونی به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده‌بودند. از این میان براساس نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر مرد انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

ابزار

۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته سوالاتی درباره سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت جسمانی و اختلالات روان‌پزشکی و ماده مصرفی و مدت مصرف مطرح می‌کرد.

۲. پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (CBQ): به منظور سنجش وسوسه از نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز استفاده شد (بک و کلارک[1]، ۱۹۹۳). این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه‌ی مصرف مواد را از جنبه‌های روانی، جسمانی و رفتاری می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱ تا ۷ درجه‌ای (از ۱=کاملاًمخالف، تا ۷=کاملاًموافق) درجه‌بندی می‌شوند و دامنه نمرات

1. Beck & Clark

بین ۷ الی ۱۴۰ می‌باشد. نمرات بالاتر اعتقادات فاجعه‌بارتر و غیرواقعی را در مورد ولع مصرف مواد نشان می‌دهد. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (بک و کلارک، ۱۹۹۳). برای بررسی روایی این پرسش‌نامه با توجه به بررسی‌های انجام شده در زمینه رابطه میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط با مواد (اهرمن و همکاران۲۰۰۲)، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۰۲۸ گزارش شده‌است (نقل از رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). همچنین محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۷۷) و در پژوهش دیگر اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش-کرده‌اند (به نقل از رحمانیان و همکاران ، ۲۰۰۶).

۳. مقیاس دلبستگی بزرگسال(AAI) : این مقیاس با استفاده از ماده‌های پرسش‌نامه دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده‌است (بشارت، ۱۳۸۴). دارای ۱۵ ماده می‌باشد و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی‌کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و۲۵ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه (n=۱۴۸۰؛ ۸۶۰ زن، ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، و ۰/۸۵، برای زنان به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ و برای مردان به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی‌درونی‌خوب پرسش‌نامه دلبستگی بزرگسال است (بشارت، ۱۳۸۴).

۴. پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان(CERQ-P): این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است که یک ابزار خودگزارشی ۳۶ سؤالی است و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد.این پرسش‌نامه دارای ۹ زیرمقیاس است. هر سؤال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه) نمره-گذاری می‌شود. نمرات بالا در هر زیرمقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد در

مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است (بردنیک و اشمیتز، ۱۹۹۸). نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی‌شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرارگرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) مطلوب گزارش شده است. روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل عاملی با روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، به دست آمده است. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است. اعتبار ملاکی نیز مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۹۰).

روش اجرا

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان از چهار مرکز ترک اعتیاد منطقه ۳ تهران، علاوه بر تشخیص روان‌پزشک، ملاک‌های ورود نیز در نظرگرفته شد که عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به تریاک، شیره، هروئین، و کراک به عنوان آخرین ماده‌ی مصرفی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات‌روانی نسخه چهارم تجدید نظر شده و تشخیص متخصص سم‌زدایی مراکز، مذکربودن، محدوده‌ی سنی ۴۰-۲۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سابقه‌ی مصرف متادون کمتر از یک سال، عدم تشخیص سایر اختلالات روان-شناختی، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم علاقمندی افراد به ادامه‌ی شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد. ابتدا با نصب پوستر دوره آموزشی جهت آگاهی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک، اشخاصی که علاقمند به حضور در دوره آموزش بودند ثبت نام شدند. این فرایند حدوداً ۲ ماه به طول انجامید تا تعداد ۳۷ نفر آمادگی شرکت در دوره آموزش را اعلام کردند و بعد از بررسی کسانی که واجد شرایط بودند به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره، آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. هر دو گروه یک بار قبل و یک بار بعد از انجام برنامه‌درمانی، مورد سنجش قرار گرفتند. به منظور انجام پژوهش، گروه آزمایش، برنامه آموزشی تحلیل رفتار متقابل را طی مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته و به صورت‌هفتگی دریافت کردند. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و در انتظار به سر می‌بردند. به منظور رعایت موازین اخلاقی، به افراد گروه کنترل

تعهد داده‌شد که در پایان دوره آموزشی برای آنها لحاظ شود. ساختار جلسات تحلیل تبادلی براساس الگو و پروتکل درمانی مبتنی بر کتاب روش‌های نوین در روان‌شناسی تحلیل رفتار متقابل (استوارت، جونز، ۲۰۰۹)) استخراج و مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱: راهنمای عملی و شرح جلسات گروهی تحلیل رفتار متقابل

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی با اعضای شرکت‌کننده درگروه، معرفی دوره آموزشی- درمانی بصورت‌کلی، تنظیم قرارداد مشاوره‌ای با اعضای حاضر در جلسه و توافق بر سر اهداف و وظایف، اجرای پیش‌آزمون، فرایند درمان استفاده از پیام‌های کلامی و غیرکلامی، تحلیل ساختاری ساده حالات نفسانی (بالغ، والد و کودک) بود. از مراجعین خواسته شد شرح مختصری از وضعیت و تاریخچه زندگی خود، و روابط بین‌فردی، ارائه دهند.
جلسه دوم	در این جلسه، درمانگر به بحث درباره تاریخچه تحلیل رفتار متقابل پرداخت و شرایطی را فراهم نمود تا اعضا برای تکالیف خانگی آماده شوند. همچنین تک تک اعضاء یک مورد از ارتباط محاوره‌های خود را قرائت نموده و از اعضاء خواسته شد نسبت به ارتباط‌های یادشده اظهارنظرکنند. در ادامه به اعضاء تکلیف خانگی داده شد.
جلسه سوم	تکالیف اعضای گروه مورد بررسی قرار گرفت و توضیح مختصر در خصوص کتاب وضعیت آخر و چهار حالت روانی ارائه شد. فرایند درمان در این جلسه وجود قواعد ارتباطی در مورد احترام به خود، دیگران، دوستان و نحوه ابراز وجود بود. ارائه تکلیف (رسم اگوگرام براساس تحلیل ساختاری پیچیده).
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ در این جلسه اعضای گروه با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی‌های شخصی و اجتماعی آشنا شدند. آموزش نوازش، روابط متقابل مکمل و متقاطع از مداخلات این جلسه بود.
جلسه پنجم	بررسی‌تکلیف جلسه قبل، بازنوازی‌های غیرارادی دوران کودکی (من کودک) و وضعیت‌های اساسی زندگی به طورکامل تشریح شد. هر کدام از اعضای گروه دو صفحه از کتاب بازی‌های روانی (اریک برن) را با ارائه بازی «چرا فلان کار را نمی‌کنی؟ آره، اما» دریافت کردند. سطح اجتماعی و سطح روانی معرفی و شرح داده‌شد. در ادامه شرکت‌کنندگان به منظور آشنایی با جو بازی‌ها و تحلیل‌آن، به بازی «چرا فلان کار را نمی‌کنی؟ آره، اما» پرداختند.
جلسه ششم	از اعضاء خواسته شد مشغولیت‌های ذهنی که با آن مواجه هستند را بیان کنند. این مشغولیت‌ها می‌توانند روابط سطحی و اختلافات در خانواده، نداشتن اراده و انگیزه، ناامیدی و ...باشد. فرایند درمان آموزش بازنوازی‌های حالت "من بالغ" بود و از اعضاء خواسته شد مجدد در مورد مشغولیت‌ها و تعامل خود با دیگران بحث و تبادل نظر کنند. در این جلسه آموزش روابط پنهان و رفتارمتقابل مضاعف، نیز تکلیف همراه با چند مثال از روابط پنهان همراه با تمرین و اجرای نقش ارائه شد.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه هفتم	در ابتدای جلسه، تکلیف جلسه قبلی بررسی شد. آموزش چهار وضعیت زندگی، شفای کودک درون از مداخلات درمانی بود. در این جلسه سعی شد اعضای گروه به تجزیه و تحلیل حالت‌های (کودک-بالغ-والد) بپردازند و نحوه برقراری ارتباط بین این حالت‌ها را در رفتار روزمره خود بکار گیرند. تکلیف (پرسش و پاسخ با دست مسلط و نامسلط) ارائه شد.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل و کار به صورت عملی (تمرین و ایفای‌نقش) و تمرین مهارت‌های ارتباطی انجام شد. همچنین قصه‌های زندگی هر کدام از اعضاء که تمایل به بیان آن داشتند گفته شد. آموزش مفاهیم مدیریت زمان و شیوه‌های فعال‌کردن "بالغ" از مداخلات این جلسه بود. ارائه تکلیف (تعیین مدیریت زمان و استفاده از "من بالغ" در رفتارهای خود).
جلسه نهم	درباره مثلث نمایش کارپمن و چهار وضعیت زندگی توضیحات ارائه شد. ابتدا چند نمونه از بازی-های مطرح شده در کتاب تحلیل بازی‌های اریک برن، معرفی و تحلیل شدند. سپس با استفاده از بازی «الکلی» به معرفی و به کارگیری مثلث نمایشی کارپمن و چهار وضعیت زندگی پرداخته شد. بازی «الکلی» و «اگه به خاطر تو نبود» همراه با تحلیل و روابط آن‌ها بر اساس نمودار سه دایره‌ای و با استفاده از مثلث کارپمن به پایان خود نزدیک شد. در نهایت نیز، شرکت‌کنندگان به بحث و گفتگو در مورد تحلیل‌های ارائه شده در مورد شخصیت‌های داستان، و همچنین بازی‌ها و وضعیت-های خود پرداختند.
جلسه دهم	ابتدا مبحث پیش‌نویس‌زندگی و تعاریف آن به شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس با استفاده از تحلیل‌های جلسه قبل در مورد بازی‌ها، شخصیت و چهار وضعیت زندگی اقدام به تحلیل پیش‌نویس شخصیت‌های اصلی داستان زندگی یکی از شرکت کنندگان، در سطح تحلیل تبادلی مقدماتی شد و به این ترتیب داستان به پایان رسید. در نهایت، مرور کامل بر تمام مباحث ارائه شده در طول این ۱۰ جلسه انجام شد و به عنوان حسن ختام این جلسات ضمن تشکر و قدردانی از همه شرکت-کنندگان، لوح یادبودی به هر یک از آنان تقدیم شد.

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۷۳ و ۱/۶ سال و گروه کنترل ۲۶/۳۳و ۱/۳۴ سال بود. میزان تحصیلات در گروه آزمایش۳ نفر(۲۰درصد) زیردیپلم، ۹ نفر (۶۰درصد) دیپلم و ۳ نفر (۲۰درصد) لیسانس بود. در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳درصد) زیردیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷درصد) و ۳ نفر(۲۰درصد) لیسانس داشتند. در دوگروه آزمایش و کنترل از لحاظ شغل به‌ترتیب ۹ نفر(۶۰درصد) و ۸ نفر (۵۳/۳درصد) شاغل بودند. مدت

زمان مصرف از ابتدای زمان ابتلا در گروه آزمایش با میانگین ۳/۱۳ و انحراف استاندارد ۰/۳۹ سال و در گروه کنترل میانگین ۳/۲۷ و انحراف استاندارد ۰/۴۴ سال بود.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: آماره های توصیفی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش

متغیرها	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
عقایدوسوسه‌انگیز	۱۱۲/۶۷ (۴/۷۹)	۷۷/۵۳ (۴/۱۰)	۱۱۲/۶۷ (۴/۷۹)	۷۷/۵۳ (۴/۱۰)
دلبستگی ایمن	۱۰/۷۳ (۲/۱۲)	۱۶/۴۷ (۱/۴۶)	۱۰/۷۳ (۲/۱۲)	۱۶/۴۷ (۱/۴۶)
دلبستگی اجتنابی	۱۹/۸۷ (۳/۴۴)	۱۲/۷۳ (۱/۹۸)	۱۹/۸۷ (۳/۴۴)	۱۲/۷۳ (۱/۹۸)
دلبستگی دوسوگرا	۱۵/۸۷ (۳/۵۴)	۱۲/۶۷ (۱/۶۳)	۱۵/۸۷ (۳/۵۴)	۱۲/۶۷ (۱/۶۳)
پذیرش	۴/۷۰ (۱/۰۳)	۷/۳۳ (۰/۷۲)	۴/۷۰ (۱/۰۳)	۷/۳۳ (۰/۷۲)
تمرکزمجدد مثبت	۴/۳۳ (۱/۲۹)	۷/۸۰ (۱/۰۱)	۴/۳۳ (۱/۲۹)	۷/۸۰ (۱/۰۱)
تمرکزمجدد بر برنامه‌ریزی	۴/۸۷ (۰/۸۳)	۷/۴۷ (۱/۲۵)	۴/۸۷ (۰/۸۳)	۷/۴۷ (۱/۲۵)
ارزیابی مجدد مثبت	۴/۵۳ (۱/۳۶)	۷/۴۰ (۰/۹۹)	۴/۵۳ (۱/۳۶)	۷/۴۰ (۰/۹۹)
دیدگاه پذیری	۴/۰۰ (۱/۲۶)	۷/۵۳ (۰/۹۲)	۴/۰۰ (۱/۳۶)	۷/۵۳ (۰/۹۲)
خودسرزنش‌گری	۷/۸۷ (۱/۴۱)	۲/۸۷ (۰/۹۲)	۷/۸۷ (۱/۴۱)	۲/۸۷ (۰/۹۲)
نشخوار فکری	۷/۶۷ (۱/۱۱)	۳/۵۳ (۱/۱۹)	۷/۶۷ (۱/۱۱)	۳/۵۳ (۱/۱۹)
فاجعه نمایی	۷/۳۳ (۱/۷۵)	۳/۰۱ (۱/۰۰)	۷/۳۳ (۱/۷۵)	۳/۰۰ (۱/۰۰)
سرزنش‌دیگری	۷/۷۳ (۱/۰۳)	۳/۴۰ (۱/۱۲)	۷/۷۳ (۱/۰۳)	۳/۴۰ (۱/۱۲)

برای بررسی نقش روان‌درمانی در عقاید وسوسه‌انگیز می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این آزمون برابری واریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=۳/۷۴۰, P> ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کواریانس‌ها معنادار به‌دست نیامد. بررسی شیب رگرسیون بین دوگروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد. بنابراین نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر عقاید وسوسه‌انگیز

میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه‌اثر
۵۰۱۳/۹۲	۴۴۰/۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر سبک‌های دلبستگی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌ها حکایت از برقراری این پیش‌فرض داشت (P >۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کواریانس‌ها معنادار نبود (M=۲۳/۶۷, P> ۰/۰۵). در نهایت اینکه بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنادار به دست نیامد. بنابراین نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از معناداری تفاوت‌ها داشت (P< ۰/۰۰۱ , ۰/۰۸۲, F= ۸۵/۲۷۹ =لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های دلبستگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
دلبستگی ایمن	۲۳۱/۲۳	۱۷۲/۵۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷
دلبستگی اجتنابی	۳۳۱/۳۵	۵۷/۵۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰
دلبستگی دوسوگرا	۹۱/۰۰	۱۷/۲۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۴۱

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در تمامی سبک‌های دلبستگی تفاوت معنادار وجود دارد (P< ۰/۰۰۱).

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجانی می‌بایست از تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری واریانس‌ها می باشد. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت (P >۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون باکس حکایت از برابری ماتریس کواریانس‌ها داشت (M=۸۲/۵۵, P> ۰/۰۵). بررسی شیب رگرسیون بین دوگروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد. بنابراین مانکوا انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی روان-درمانی بر تنظیم شناختی هیجان داشت (P< ۰/۰۰۱ ,۰/۰۱۳, F= ۲۹/۵۱۱=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
پذیرش	۷۴/۶۹	۱۰۹/۵۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵
تمرکز مجدد مثبت	۸۰/۳۴	۸۳/۱۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۵۹/۲۲	۴۵/۱۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰
ارزیابی مجدد مثبت	۸۰/۲۰	۱۳۳/۴۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷
دیدگاه پذیری	۷۱/۸۴	۹۳/۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳
خودسرزنش گری	۱۷۴/۳۰	۱۳۷/۹۸۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸
نشخوارفکری	۸۸/۰۴	۶۴/۷۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷
فاجعه نمایی	۱۰۵/۹۲	۱۰۳/۶۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴
سرزنش دیگران	۱۰۸/۸۰	۸۱/۵۷۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱۱

همانگونه که مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در تمام مولفه‌ها ایجاد شده است ($P< ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تغییرات ایجادشده در میزان عقاید وسوسه‌انگیز، سبک‌های دلبستگی و خودنظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به تغییرات ایجادشده در گروه کنترل معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، کاربردگروه‌درمانی به شیوه تحلیل‌رفتار متقابل موجب کاهش چشم‌گیر نمرات عقاید وسوسه‌انگیز، سبک‌های دلبستگی ناایمن و راهبردهای‌شناختی ضعیف و سازش‌نایافته شد. همچنین موجب افزایش نمرات مقیاس دلبستگی ایمن و راهبردهای سازش‌یافته شد. به طوری که نمرات در طی ده جلسه مداخله درمانی، کاهش قابل‌توجهی داشتند. این نتایج همسو با مدل فراشناخت (ولز[1]، ۱۹۹۵)، مدل متمرکز بر شفقت (گیلبرت[2]، ۲۰۱۰) و نظریه‌های مربوط به خودتنظیم‌گری، تنظیم عواطف و تنظیم هیجان‌ها(گراس[3]، ۱۹۹۸) است. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر تحلیل رفتار می‌توانند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، با میل و وسوسه و همچنین حالات هیجانی

1. Wells 2. Gilbert 3. Gross

که می‌توانند منجر به بازگشت رفتارهای مصرفی و اجباری در سوءمصرف مواد شوند، موثر واقع گردد. هیجان‌های منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها نیز یکی از محرک-های مهم برای از سرگیری سوءمصرف مواد عنوان شده است. سوءمصرف‌کنندگانی که از راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند، در دوره‌ی درمان موفق‌تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند (ولز، ۱۹۹۵). بنابراین، استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت اعتیاد مطرح است. از سوی دیگر باید توجه داشت که ارتقای سلامت روان مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز، کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ گراس[1]، ۱۹۹۸)

نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل قادر به افزایش عملکرد و ارتباط عاطفی، الگوی رفتاری نقش و توانایی مشکل‌گشایی معتادین دارای سبک دلبستگی ناایمن است. این یافته با نتایج مطالعات انجام شده(رضاپورمیرصالح، عینی، آیین پرست و حشمتی، ۱۳۹۳؛ جهانبخش، بهادری، امیری و اصغرمبارکه، ۲۰۱۴؛ بوگلز، برچمن[2]، ۲۰۰۶ ؛ دیاموند، ریس، سیگولند و ایساکا[3]، ۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این نتایج می توان گفت که روابط عاطفی و صمیمانه بین افراد معتاد گروه از اهمیت خاصی برخوردار است. چنین روابطی بر بهزیستی فیزیکی، روان‌شناختی و توانایی افراد در جهت عملکرد موثر در زمینه‌های مختلف فردی و خانوادگی وشغلی موثر است. ایجاد و دوام رابطه صمیمانه توسط پیوندهای دلبستگی و هیجانی خاصی تقویت می‌شود. روابط سالم در زندگی منافع و پیامدهای مثبتی را در بردارد و روابط غیر رضایت بخش سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد را به خطر می‌اندازد (آدام، گانر و تاناکو[4]، ۲۰۰۴). در این راستا با توجه به اینکه تغییر سبک دلبستگی در فراخنای انسان در بسیاری از روابط انسان تاثیر خواهد گذاشت و الگوهای دلبستگی در طول زندگی قابل تغییر هستند (کرنز،

1. Gilbert& Gross
2. Bögels & Brechman-Toussaint
3. Diamond, Reis, Diamond, Siqueland & Isaacs
4. Adam, Gunnar& Tanaka

آسپلمیر، گنزلر و گرابیل[1]، ۲۰۰۱) می‌توان احتمال داد که درمان مبتنی بر تحلیل رفتار-متقابل مانند درمان مبتنی بر دلبستگی می‌تواند منجر به بهبود ارتباط عاطفی در معتادین دارای سبک دلبستگی ناایمن شود(ساچمن، دیکاستا، روزنبرگر و توماس[2]، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی(ویدوسن، ۲۰۱۴؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۲؛ سودانی و همکاران، ۱۳۹۱، لیو و همکاران، ۲۰۰۹؛ هنری، ۲۰۱۴) همسو است. راهبردهای نظم-جویی‌هیجان نقش مهمی در سازگاری و کنارآمدن با موقعیت‌های تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. توانایی مدیریت صحیح هیجان‌ها به هنگام رویارویی یا رویدادهای محیطی تنیدگی‌زا، این امکان را برای افراد فراهم می‌کند تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری‌کنند. راهبردهای نظم‌جویی‌شناختی هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد به منظور مدیریت رویدادهای هیجان‌آور و تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند (گارنفسکی، بون[3] و کرجی، ۲۰۰۳). به عبارتی، افکار و شناخت‌های فرد می‌توانند توانایی قابل‌ملاحظه‌ای در مدیریت و کنترل هیجانات و احساسات فرد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های هیجان‌آور داشته باشند. افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر آسیب‌پذیر هستند. درحالی‌که در افرادی که از راهبردهای مطلوب دیگر مانند ارزیابی‌مجددمثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است (گارنفسکی و کرجی، ۲۰۰۶). در تبیین یافته‌های پژوهش می-توان اظهار داشت که در رویکرد تحلیل تبادلی، "من" بالغ متمرکز بر زمان حال، اینجا و اکنون و متناسب با موقعیت فعلی است و در نتیجه "بالغ" است‌که همیشه خودمختار است و رشد روانی "من" بالغ فرایندی پیوسته است. در روش آلودگی‌زدایی[4] باورهای آلوده در فرایند آلودگی مورد بررسی و چالش دقیقی قرار می‌گیرند. شناسایی باورهای پیش-نویس می‌تواند سبب هدایت آن‌ها به سمت تعدیل و اصلاح باشد (استوارت و جونز، ۲۰۰۹). به‌این ترتیب با اعمال تکنیک‌هایی از این درمان، افراد اعتبار و صحت و سقم باورها وتجاربی که شواهد تائیدکننده ندارد را زیر سوال می‌برند. این تبیین همسو با

1. Kerns, Aspelmeier,Gentzler & Grabill
2. Suchman, Decoste, Rosenberger & Thomas
3. Boon
4. decontamination

نظریه‌های تنظیم شناختی هیجان است که معتقدند بسیاری از هیجان‌ها مستلزم ارزیابی‌های شناختی هستند. همچنین اثربخشی تحلیل رفتار متقابل در انواع روابط بخصوص روابط مکمل، متقاطع و نهفته، افراد را در نحوه‌ی برقراری ارتباط مؤثر یاری می‌نماید. به عبارتی تحلیل رفتار متقابل افراد را به مهارت‌های ارتباطی مناسب مجهز می‌سازد تا با تشخیص "-حالات من" خود و دیگران به ویژه با توجه به سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی بتوانند ارتباط مکمل مناسبی را برقرار نمایند. همچنین با استفاده از تکنیک‌های پس‌راندن "والد" طرف مقابل، بتوانند در موقعیت‌های احتمالی تعارض‌زا، به خوبی با نظارت "بالغ" تقویت-شده‌ی خود موقعیت را اداره نموده، شرایط را برای برقراری روابط سازنده و نه تخریبی فراهم سازند (برن[1]، ۱۹۶۱). نظریه تحلیل رفتار آموزه‌هایی در زمینه‌ی نوازش و راهکارهای ارائه نوازش، صمیمیت، بیان آزاد احساسات و خودافشائی، پرهیز از سرزنش طرف مقابل و پذیرش همدیگر ارائه می‌کند که می‌تواند تقابل منفی بین افراد را کاهش دهد (استوارت و جونز، ۲۰۰۹).

افزایش بهبودی در تعدیل عقایدوسوسه‌انگیز درباره مواد و استفاده از راهبردهای شناختی سازگار هیجان و ایجاد دلبستگی ایمن افراد درحال ترک، شاید به دلیل ماهیت آموزش خودیاری در ارتباطات اجتماعی و درمان عمیق‌تر تحلیل رفتار باشد زیرا هدف نهایی این درمان، آن است که معتادین، خود بتوانند با در پیش‌گرفتن پیش‌نویس‌ها، وضعیت‌های زندگی سالم‌تر و ارتباطات مناسب، مشکلات و نیازهای عاطفی و هیجانی خود را برطرف نمایند. تحلیل رفتار به جای نسبت دادن مشکلات هیجانی به افکار خودآیند، بر ریشه تحول، وضعیت زندگی، پیام‌های پیش‌نویس و نمایشنامه‌ی زندگی تاکید دارد (استوارت و جونز، ۲۰۰۹). شناسایی پیش‌نویس که تجربه‌های آشفته‌ساز دوران کودکی را به دوره نوجوانی معتادین ربط می‌دهد، به افراد دچار سوءمصرف مواد کمک می‌کنند تا بر هیجان‌ها، باورها، رفتارها و احساس‌های تخریبی خود غلبه کنند (جیمز و جانگوارد، ۲۰۰۵). آموزش‌های تحلیل رفتار در جّوی صمیمانه و همراه با احساساتی مثبت، موجب پیش‌بردن معتادین از شناخت سرد به شناخت گرم و سهولت در رسیدن به پیش‌نویس

1. Berne

زندگی می‌شوند، و در نتیجه موجب اشتیاق معتادین در پیگیری درمان و بهبودی بیشتر می‌گردد. فنون تحلیل رفتار، مخصوصاً در احیای کودک درون، همزیستی‌روانی، پیش-نویس زندگی، و بازی‌ها شبیه «تخلیه هیجانی» فروید، «خاطرات بطنی» کوبی و «پدیده‌ی قطعه گیجگاهی» پنفیلد است. این فنون داغ باعث تخلیه هیجانی شدید معتادین از طرحواره‌های ناسازگار هیجانات می‌شود. درمانگر به نوعی با بازوالدینی حمایتگرانه، به معتادین کمک می‌کند تا در جهت اصلاح احساس‌ها و پیش‌نویس خود گام بردارد (استوارت و جونز، ۲۰۰۹؛؛ جیمز و جانگوارد، ۲۰۰۵). همچنین ضمن همدلی با نمایش زندگی معتادین، آن‌ها را با این واقعیت مواجه می‌کند که پیش‌نویس زندگی‌اشان نتیجه بخش نیست، تا بتوانند پیش‌نویس بهتری اتخاذ کنند. معتادین در فرآیند درمان مراحلی را طی می‌کنند تا به شناخت بیشتری از مشکل خود برسند، و تغییرات مثبت و پایداری را در خود به‌وجود بیاورند. در واقع در سه حالت شخصیتی والد، بالغ، کودک فرد شروع به تغییرات می‌کند و روز به روز بیشتر به حل مسئله می‌پردازد بدون اینکه وارد پیش‌نویس شود، پس از آن به کنترل اجتماعی (با تشخیص خود به عنوان مشکل، مسئولیت اعمال خویش را به عهده گرفته، و رفتار خودمختار را افزایش می‌دهند)، سپس به درمان انتقال و در نهایت به درمان پیش‌نویس و آزادشدن از سیستم تخریب می‌رسند (جیمز و جانگوارد، ۲۰۰۵؛ کورو و همکاران، ۲۰۱۰).

گروه‌درمانی تحلیل‌رفتار شرایطی را فراهم می‌آورد تا معتادین، مشکلات خود را در حضور دیگران حل و فصل کنند، واکنش دیگران را به رفتار خود ببینند و هنگامی که شیوه‌های پاسخ‌دهی‌شان رضایت بخش نیست روش‌های تازه‌ای در پیش گیرند. همچنین از طریق تعامل با یکدیگر و خودافشایی، دریافت حمایت و همدلی و احساس درد مشترک می‌توانند در مورد مسائلشان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یابند و بهتر با آنها کنار آیند (استوارت و جونز، ۲۰۰۹). بازسازی شناختی درارتباط بالغ-بالغ به فرد در حال ترک اجازه می‌دهد تا بیاموزد که تغییردادن تفسیر رویدادها، می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را اصلاح کرده و بدین ترتیب در هنگام تجربه‌کردن یک هیجان ناخواسته، حس کارآیی بالاتری را القا کند. همچنین با تسلط بر "بالغ" این افراد را یاری می‌دهند تا به نحوی

اثربخش‌تر، از حمایت اجتماعی، پذیرش و کاهش برانگیختگی، حل مساله، فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی و رفتارهای سازگارانه استفاده کنند. از سوئی افراد معتاد در گروه با بررسی پیش‌نویس زندگی و پیام‌های والد و کودک خود، از هیجانات مربوط به شرمندگی یا احساس گناه، و تاثیر باورها و شناخت و احساسات‌های منفی بر زندگی کنونی‌شان آگاه می‌شوند. توانایی مدیریت هیجان‌ها با "من بالغ" باعث می‌شود که این افراد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کنند. افرادی که بالغ قوی‌تری دارند در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند و فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان و وسوسه‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. می‌توان این احتمال را مطرح کرد که سبک‌های دلبستگی ناایمن، ساختار شخصیت مرضی و خودتنظیم‌گری شناختی ناکارآمد با سوءمصرف مواد ارتباط دارد. راهکارهای مداخله‌ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد مطرح شده است. در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند. گرچه قضاوت درباره اندازه اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی مرتبط با اختلال وابستگی به مواد بسیار زود است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان و نداشتن دوره پیگیری است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، درمان‌های دیگر با استفاده از هر دو جنس انجام شود.

سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

منابع

ابراهیمی‌ثانی، ابراهیم؛ هاشمیان، کیانوش و دوکانه‌ای، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی تحلیل رفتارمتقابل در افزایش عزت نفس سربازان خدمت کننده در زندانهای خراسان شمالی. *مجله طب نظامی، ۱۴(۳)، ۲۲۰-۲۱۴.*

باقری، مریم؛ آزادفلاح، پرویز و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۲). مقایسه سبک‌های دفاعی و دلبستگی در زنان مبتلا به سوءمصرف دارو و غیر معتاد. *مجله روان‌شناسی، ۱۶(۲)، ۲۳۶-۲۲۰.*

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). *هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال* .گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۹(۴)، ۲۴۰۲۲۹.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، احمد؛ حسنی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۲(۳)، ۲۱۶-۲۲۲.*

رضاپورمیرصالح، یاسر؛ عینی، ابراهیم؛ آیین‌پرست، ندا وحشمتی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر عملکرد خانواده مادران دارای سبک دلبستگی ناایمن. *مطالعات روان شناسی بالینی، ۵(۱۵)، ۱۰۵-۱۲۶.*

سودانی، منصور؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و سلطانی، زیبا (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر افزایش عملکرد زوج‌های ناسازگار. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده،۲(۳)، ۲۸۷-۲۶۸.*

صادقی، مسعود؛ احمدی، سیداحمد؛ بهرامی، فاطمه؛ اعتمادی، عذرا؛ پورسید، سیدرضا (۱۳۹۲). بررسی تاثیرآموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق ورزی زوجین. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲(۵)، ۸۴-۷۱.*

علامه، سیدفرید؛ آقایی، اصغر؛ آتش‌پور، سیدحمید و مشتاقی، مرضیه (۱۳۹۳). تاثیر آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل بر شادکامی مردان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و فرهنگسراها. *مجله علمی پژوهشی علوم شناختی و رفتاری، ۱(۴)، ۳۸-۲۵.*

قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ مداح شورچه، راحله؛ وفایی‌جهان، زهرا؛ بلقان آبادی (۱۳۹۱). اثربخشی-گروه درمانی شناختی و تحلیل تبادلی بر بهبود مهارت حل تعارض. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۴(۱)، ۴۸-۴۳.*

معصومی نومندان، سیده سعیده؛ حسنی، جعفر وحاتمی، محمد(۱۳۹۳). نقش طرح‌واره‌های هیجانی در وسوسه مواد. *مجله علوم رفتاری، ۸(۲)، ۱۳۶-۱۳۱.*

Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorder: Recent advances in treatment and models of care.*Journal of Psychosomatic Research, 61(3), 305- 10.*

Abrams, D.B. (2000).*Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. Addict, 25, 237-246.*

Adam, E.K., Gunnar, M.R., &Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. *Child development, 75(1), 110-22.*

Addolorato, G. Leggio, L., Abeavoli, L., & Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochmical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors, 30, 1209-1224.*

Ainsworth, M. D S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.*

Beck, A.T., & Clark, D.A. (1993). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy, 35, 49-58.*

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hogmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion–regulation skills predict alcohol use

during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(3), 307–318*

Berne, E. (1961).*Transactional analysis in psychotherapy. New York: Grove Press, p. 198.*

Bögels, S.M. & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26(7), 834-56 .*

Bordnick, P.S., Schmitz, J.M. (1998). Cocaine craving: an evulation across treatment phases. *Journal of Substance Abuse Tretment, 10, 9-17.*

Cassidy, J. & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application. New York: Guilford Press.*

Chaney, E.F., Roszell, D.K. &Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addictes: a behavioral analysis. *Addictive Behaviors, 7, 877-884.*

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

Diamond, G.S., Reis, B. F., Diamond, GM., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(10), 1190–1196*

Drummond, DC. (2000). what does reactivity have to offer clinical research? *Addiction, 95,129-144.*

Dumas, J.E., LaFreniere, P.J., & Serketich, W.J. (¬1995). "Balance of power": a transactional analysis of control in mother -child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology, 104(1), 104-13.*

Ehrman, R.N., Robbins, S.J., Bromwell, M.A., Lankford, E., Monterosso, J.R. &O'Brien, P. (2002). *Drug Alcohol Depend, 67(2), 185-91.*

Ekhtiari, H., Behzadi, A.., Oghabian, M., Edalati, H., & Mokri, A.(2006).Visual cues inducing craving in heroin injecting drug users. *Advances in Cognitive Science, 3, 43-51*

Fossati, A., Feeney, J.A.., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Leonardi, B. & Mirabelli, S. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *Journal of nervous mental disease, 191, 30-37.*

Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40, 1659–1669.*

Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology across Different Types of Life Event. *Journal of Youth and Adolescence, 32(6),*

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp: The Netherlands: DATEC.*

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences, 30(8), 1311-27.*

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features. London: Routledge*.

Gross, J.J. (1998).*The emerging field of emotion regulation: an integrative review. Review of General Psychology, 2(3), 271-299*.

Honari, R. (2014). The Effect of Transactional Analysis Group Training on Marital Satisfaction of Men and Women referring to the Counseling Centers and Cultural Centers in Isfahan. *Journal of Biological Sciences, 6(6), 208-214* .

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy.*Journal of consulting and clinical psychology, 61(14), 548-560*.

Jahanbakhsh, M., Bahadori, M.H., Amiri, S., & Asgari-Mobarake, K. (2014).Effect of Attachment-Based Therapy on Behavioral Disorders in Girls with Attachment Problems. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16(9), 12-17*.

James, M., & Jongeward, D. (2005) .*Born to win Translated to Persian by Hassn Zadeh Gh. Tehran: Asia*.

Johnson, V., & Pandina, R.J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and copingstyles. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 117(1), 71-88*.

Johnsson, R. (2011). *Transactional analysis psychotherapy: Three Methods Describing a Transactional Analysis Group Therapy unpublished Doctoral dissertation. Department of Psychology, Lund University, 5-75*.

Kandel, D.B. (1980).*Drug and drinking behavior among youth. Annual Review of Sociology, 6,235-85*.

Kerns, K.A.., Aspelmeier, J,E., Gentzler, A.L., & Grabill, C.M. (2001).Parent-child attachment and monitoring in middle childhood. *Journal of Family Psychology, 15(1), 69-81*.

Kobak, R.R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, after regulation and representations of self and others. *Child Development Research, 59(1),, 135-46*.

Korver, N., Meijer, C., & Haan, L.D., (2010). The relationship between insecure attachment and psychotic sympthoms: preliminary results.*Schizophrenia Research, 117(2-3), 521*.

Liu, Q., Nagata, T., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). The effects of adult attachment and life stress on daily depression: a sample of Japanese university students. *Journal of Clinical Psychology, 67(7), 639-652*.

Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Feske, U., Kirisci, L., McNamee, R. L., & Day, B.S. (2007). Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: Psychometric validation of the neuro behavior disinhibition trait. *Psychology of Addictive Behaviors, 21(4), 508-515*.

Morley, T.E., & Moran, G., (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review, 31(7), 1071-1082*.

Muris, P., Meesters, C., Morren, M., & Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: Relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research, 57(3), 257–264*.

Nejadnaderi, S., Darehkordia. & Divsalar, K. (2013). The Study of Adjustment Changes after Teaching of Transactional Analysis (TA) To the People. IOSR Journal of Humanities and Social Science. IOSR- *Journal of Humanities and Social Science*, *10*(5), 31-34.

Newcomb, M., D. (1992). Substance abuse and control in the United States: ethical and legal issues. *Social Science & Medicine, 35,471-79.*

Newcomb, M.D., & Richardson, M.A. (2000).*Substance use disorders. In: Hersen M, Ammerican RD, editors. Advanced abnormal child psychology. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.*

Ozturk, A., & Mutlu, T. (2010).The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9, 1772-1776.*

Piasecki, T.M. (2006). Relapse to smoking.*Clinical Psychology Review. 26, 196-215.*

Reese, E.D., & Veilleux, J.C. (2015). Relationships between craving beliefs and abstinence self-efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research: Oxford Journals, 17(5), 1-27.*

Shedler, J., & Block, J. (1990). *Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. Summary of National Findings American Psychologist, 45(5), 612−630.*

Stewart, L., Joines, V. (2009). *Today: A new introduction to transactional analysis. 3ed. North Carolina: Life space Publication.*

Suchman, N.E., Decoste, C., Rosenberger, P., & Thomas, J. (2012).Attachment-based Intervention for substance-using mothers: A preliminary test of the proposed mechanisms of change. *Attachment & Human Development, 1(33), 360-371 .*

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23(3), 301-20.*

Widdowson, M. (2014). Transactional Analysis Psychotherapy for a Case of Mixed Anxiety & Depression: A Pragmatic Adjudicated Case Study 'Alastair'. *International Journal of Transactional Analysis Research, 5(2), 66-76.*