Journal of Police Medicine

Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

Original Article

The Effectiveness of Group Therapy Based on Transactional Analysis on Withdrawing Addicts' Emotional Schemas

Received: 2 March 2015 **Revised:** 21 April 2015 **Accepted:** 10 May 2015

Alireza Aghayousefi[1]
Arefeh Monajem[2*]

[1]Associate Professor, Psychology Department, Payam-e-Noor University, Qom, Iran.

[2]PhD. Student, Psychology, Department of Psychology, Payam- e- Noor University, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Arefeh Monajem
Tel: (+98)9126101682
e-mail: amonajem@gmail.com

ABSTRACT

Background: Substance abuse is a chronic relapsing disorder that one of its features is experiencing the maladaptive emotions. Research findings suggest that the emotional factors play a pivotal role in craving. The purpose of this study was to investigate the efficacy of group therapy of transactional analysis on adjustment and reduction of emotional schemas in withdrawing addicts.

Materials and Methods: This study is an experimental research with a pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of all male drug addicts who had referred to addiction withdrawal clinics of Tehran in 2014. A total of 30 drug-dependent persons randomly assigned to the experimental and control groups using the convenience sampling method. Transactional analysis group therapy was applied for the experimental group through ten 90-minute sessions. Data were analyzed by Multivariate analysis of covariances (MANCOVA), method with significance level of 0.95 using IBM SPSS 16 software.

Results: Analysis of covariance results showed that transactional analysis can reduce maladaptive emotional schemas, validation, rumination, guilt, uncontrollability, blame, rationality, simplistic view of emotions, emotional acceptance, consensus and increasing emotional awareness, comprehensibility, expressiveness and the superior values in the experimental group.

Conclusion: Considering that addicted people are more exposed to negative emotions, their rate of control in stressful situations can be increased by educating them in Transactional Analysis.

Keywords: emotional schemas, transactional analysis, addicts, addiction withdrawal, male

تابستان ۱۳۹۴- دوره ۴ - شماره ۲- صفحات ۱۲۴-۱۱۳

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی روان‌درمان گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر طرحواره‌های هیجانی معتادین در حال ترک

تاریخ دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۳ **تاریخ اصلاح:** ۱ اردیبهشت ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: سوءمصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است و یکی از ویژگی‌هایی که در آن تجربه می‌شود هیجانات ناسازگار است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که مؤلفه‌های هیجانی نقش محوری در وسوسه مصرف مواد دارند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی تحلیل رفتار متقابل بر تعدیل و کاهش طرحواره‌های هیجانی معتادین در حال ترک بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش مورد نظر از نوع روش‌های آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس آزمون، با گروه کنترل است. جامعه پژوهش عبارت بودند از: کلیه مردان معتادی که در سال ۱۳۹۳ به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف به یکی از گروه‌های آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. درمان گروهی تحلیل رفتار متقابل طی ۱۰ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) انجام شد. داده ها با سطح اطمینان ۰/۹۵ به کمک نرم‌افزار آماری IBM SPSS 16 و با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکووا تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که درمانگری تحلیل رفتار متقابل می تواند در کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار اعتباریابی، نشخوار ذهنی، گناه، غیرقابل‌کنترل بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات، پذیرش هیجانات، توافق و افزایش خودآگاهی هیجانی، قابل‌فهم و درک بودن هیجانات، ارزش‌های برتر و ابراز احساسات در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مؤثر است ($p \leq ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه افراد وابسته به مواد بیشتر در معرض هیجانات منفی قرار دارند، بنابراین؛ در چنین موقعیت‌هایی احتمالاً بدون برنامه و به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند. بنابراین، آموزش تحلیل رفتار متقابل به این افراد می‌تواند میزان کنترل آن‌ها را در موقعیت‌های استرس‌زا بالا ببرد.

کلید واژه‌ها: طرحواره‌های هیجانی، تحلیل رفتار متقابل، افراد وابسته به مواد، ترک اعتیاد، مردان

علیرضا آقایوسفی[۱]

عارفه منجم[۲*]

[۱]دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.

[۲]دانشجوی دکتری تخصصی، روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

عارفه منجم

تلفن: ۹۱۲۶۱۰۱۶۸۲ (۹۸+)

پست الکترونیک:

amonajem@gmail.com

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن می‌باشد که با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه‌تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی های 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 [۱]. این اختلال از تعامل عوامل ژنتیکی و

Journal of Police Medicine
Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می‌شود و می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، کوکائین و غیره به وجود آید و به شکل مستی، وابستگی و سوءمصرف خود را نشان دهد [۲]. دفتر پیش‌گیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل شمار مصرف‌کنندگان سنین ۱۵ تا ۶۴ را ۲۰۰ میلیون یعنی پنج درصد جمعیت جهان برآورد کرده است [۳]. ایران به دلیل همسایگی با افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده مواد مخدر در جهان است و به دلایل تاریخی و اجتماعی، یکی از قربانیان کاربرد نابجای مواد مخدر در جهان به شمار می رود [۴]. اختلال وابستگی به مواد، در جایگاه دومین اختلال روان‌پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است که از نظر این میزان شیوع بسیار حائز اهمیت و تاکنون این اختلال، از معضلات جهان امروز بوده است [۵]. در واقع می‌توان گفت اعتیاد یک بیماری مزمن است که عوامل گوناگون زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در آن تأثیر دارند.

بسیاری از نظریه‌پردازان در حوزه سوءمصرف مواد بر این باورند که مؤلفه‌های هیجانی در میزان گرایش افراد به مصرف مواد و میزان وسوسه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تأثیرگذارند. به طورکلی هیجان‌ها هم می‌توانند در زندگی به ما کمک کنند و هم می‌توانند به ما آسیب برسانند. زمانی یک هیجان مشکل‌آفرین و آسیب زا می‌شود که به سبک غلط ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد خیلی شدید باشد و زیاد به طول بیانجامد. تجارب هیجانی به انواع گسترده‌ای از پاسخ‌ها اطلاق می‌شود که می‌توانند از خفیف تا شدید، مثبت تا منفی، عمومی تا خصوصی، کوتاه‌مدت تا بلندمدت، ابتدایی تا ثانوی تغییر یابند. تجارب هیجانی معمولاً سریع بروز می کنند، طول مدت کوتاهی دارند و بر یک عامل داخلی یا خارجی متمرکزند. هیجان‌ها بر عملکردهای درون فردی و بین فردی تأثیر می‌گذارند و ممکن است به عملکرد انتقال اطلاعات، حتی به تجربه درونی برای شناسایی و رسیدن به اهداف نیز کمک کنند. ویژگی بیانی هیجان موجب برقراری ارتباطات هیجانی و هماهنگی تعاملات اجتماعی می‌شود. علاوه بر این هیجان‌ها سیستم‌های پاسخ دهی را نیز سازمان می‌دهند [۶]. طرح‌واره‌های هیجانی به عنوان طرح ها، مفاهیم و راهبردهایی هستند که در پاسخ به هیجان ها به کار می‌روند و شامل باورهایی در رابطه با منشأ هیجانات، تفاوت‌ها، طول دوره، جهان‌شمولی، گناه، عدم کنترل، خطر، درک و فهم، نیاز به منطقی‌بودن و قانونمندبودن هیجان هستند. همچنین، افراد، درباره نیاز به بازداری، کنترل، اجتناب، پذیرش، تحمل سردرگمی یا هیجانات، مشکل‌دارند که باعث افزایش راهبردهای سازش نایافته مقابله، مثل نشخوار ذهنی، اختلالات خوردن، سوءمصرف مواد و نگرانی می‌شود [۷]. مدل طرح‌واره‌های هیجانی بیانگر این مهم است که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌هایشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی بهتر، افراد طرح واره های متفاوتی در مورد هیجان‌هایشان دارند. این طرح‌واره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی‌اند که افراد هیجان‌ها خود را تجربه می‌کنند و باوری است که آن‌ها به‌مجرد برانگیخته‌شدن هیجان‌ها ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام در ذهن دارند [۸]. او برای تفهیم بهتر این طرح‌واره‌ها ۱۴ بُعد یا طرح‌واره را مطرح می‌کند. این طرح واره ها عبارت‌اند از تائیدطلبی، قابل‌درک بودن، احساس‌گناه و شرم، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، ارزش‌های والاتر، غیرقابل کنترل بودن، بی‌حسی، تلاش برای منطقی‌بودن، طول دوره، توافق، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، ابراز هیجان‌ها و سرزنش [۹]. مطالعات نشان دادند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست در شروع مصرف مواد نقش دارد [۱۰]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های هیجانی همبسته‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی هستند و با بسیاری از اختلال‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباط‌اند

علاوه بر این، نتایج بررسی‌ها نشان داده است که طرح واره های کنترل، غیرقابل درک بودن، نشخوار ذهنی و ابراز احساسات توانایی پیش‌بینی اضطراب را دارند [۷] و افراد مبتلا به روان بی‌اشتهایی سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی و سطوح پایین‌تری از خودآگاهی را گزارش می‌کنند و در شناسایی و بیان هیجان‌ها با مشکلاتی مواجه هستند [۱۱]. با توجه به ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با اختلال‌های روانی تأکید بر اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی در اختلال سوءمصرف مواد می‌تواند مهم باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های هیجانی ارزش‌های والاتر و تلاش برای منطقی بودن قادر به پیش‌بینی میزان عود معتادان در حال ترک می‌باشد [۱۲].

ارتباط سراسر زندگی انسان را در برگرفته است. انسان به کمک ارتباط زنده می‌ماند رشد و تکامل می‌یابد و سعادت و خوشبختی وی تا حد زیادی به چگونگی رابطه او با دیگران بستگی دارد. مهم‌ترین مداخلات جهت اختلالات سوءمصرف مواد، مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی است [۱۳]. با توجه به این تحقیقات، شناخت و مدیریت طرح‌واره‌های هیجانی، عقاید وسوسه آمیز و سبک‌های دلبستگی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی مقرون به صرفه مدنظر قرار گیرد.

نظریه تحلیل رفتار متقابل (TA) نظریه‌ای منظم و هماهنگ درباره شخصیت و پویایی‌های اجتماعی ارائه می‌دهد که از تجربه بالینی و

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۲- صفحات ۱۲۴-۱۱۳

شکلی از درمان عقلانی و عمل‌گرا استنتاج شده است. دیدگاه تحلیل ارتباط محاوره‌ای یک نظام روان‌درمانی است که در درمان انواع اختلالات روانی، از مشکلات روزانه گرفته 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 حوزه درمانی در تحلیل رفتار متقابل در مراکز آموزشی نیز کاربرد دارد [۱۴]. روان‌درمانی درواقع نوعی رابطه میان‌فردی است. همه درمانگران اعتقاد راسخ دارند که باید یک رابطه درمانی نیرومند را پرورش داد. این راهبرد بسیار نیرومند، همواره یکی از عوامل تعیین‌کننده مهم موفقیت روان‌درمانی بوده است [۱۵]. اثربخشی درمان گروهی تحلیل رفتار متقابل در افراد دارای افسردگی و اضطراب [۱۶] در افزایش سازگاری اجتماعی زنان با همسران دارای اعتیاد به مواد مخدر [۱۷] در تغییرات مثبت سازگاری افراد مراجعه‌کننده به کلینیک های روان‌شناختی [۱۸] در افزایش رضایت زناشویی [۱۹] در افزایش عزت‌نفس سربازان [۲۰] افزایش رضایت زناشویی، لذت، عزت‌نفس، آرامش، کنترل و کارآمدی و افزایش شادکامی [۲۱]، افزایش رضایت زناشویی در زوجین [۲۲]، در درمان مسائل خانوادگی و ارتباطی، مشاجرات گروهی، منحرفان رفتاری، سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر، بزهکاران [۲۳]، کاهش میزان استرس ادراک‌شده و سبک مقابله در بیماران سرطانی و پرستاران [۲۴]، سلامت روانی پرستاران [۲۵]، بهبود رابطه والد- فرزند، کاهش هیجان‌مداری و افزایش مساله‌مداری نوجوانان در رؤیایی با استرس [۲۶] مؤثر می‌باشد. در این نظریه مفاهیمی مانند الگوی حالت نفسانی (والد، بالغ، کودک)، روابط متقابل، نوازش، پیش‌نویس زندگی، بازی‌های روانی، استقلال و خودپیروی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۷] و هدف این نظریه شناخت و تغییر رفتار است. بر همین اساس و با عنایت به روند فزاینده اختلال سوءمصرف مواد در جامعه و تلویحات کاربردی احتمالی طرح‌واره‌های هیجانی، مصرف در پیشگیری و درمان اختلال سوءمصرف مواد هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده بود.

مواد و روش‌ها

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 بودند که در بازه زمانی آبان ماه تا آذر ۱۳۹۳ به منظور ترک مواد افیونی به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. از این میان بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر مرد انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل اطلاعات دموگرافیک افراد که سؤالاتی درباره سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت جسمانی و اختلالات روان‌پزشکی و ماده مصرفی و میزان و مدت مصرف را شامل می‌شد توسط محقق ساخته و تکمیل گردید. هم چنین پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی به‌عنوان پیش‌تست و پس‌تست استفاده شد.

ابزار:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته سؤالاتی درباره سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت جسمانی و اختلالات روان‌پزشکی و ماده مصرفی و میزان مدت مصرف را شامل می‌شد.

۲- پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی (ESS-P): پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی توسط لیهی بر مبنای مدل طرح واره های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به‌صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی نسخه فارسی نشان داد که از ۱۲ عامل استخراج‌شده از این مقیاس،۱۲ عامل با طرح‌واره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند، سه عامل به خاطر بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. همچنین همبستگی بالای این مقیاس با مؤید روایی همگرا و همبستگی درونی بالای گویه‌ها مؤید روایی سازه این مقیاس است. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است، همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به‌دست آمد (۲۸).

روش اجرا

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان از چهار مرکز ترک اعتیاد منطقه سه تهران، علاوه بر تشخیص روان‌پزشک، ملاک‌های ورود نیز در نظر گرفته شد: تشخیص وابستگی به تریاک و شیره، هروئین، کراک به‌عنوان آخرین ماده مصرفی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) و تشخیص متخصص سم‌زدایی مراکز، مذکر بودن، محدوده سنی ۴۰-۲۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سابقه مصرف متادون کمتر از یک سال، عدم تشخیص سایر اختلالات روان‌شناختی، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم علاقه‌مندی افراد به ادامه شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، قطع درمان

Journal of Police Medicine
Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد. هر دو گروه یک بار قبل و یک بار بعد از انجام برنامه درمانی، پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند. به منظور انجام پژوهش، آزمودنی‌های گروه آزمایش، برنامه آموزشی تحلیل رفتار متقابل را طی مدت ۱۰ جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی تجربه کردند. در این مدت گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و در انتظار به سر می‌بردند. پس از آن بر مبنای داده‌های بدست آمده، نتایج مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور رعایت موازین اخلاقی، به افراد گروه کنترل تعهد داده شد که در پایان مداخله درمانی یک دوره آموزشی نیز برای آن‌ها لحاظ شود. در نهایت، داده‌های تحقیق با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 در سطح توصیفی، تعیین میانگین و انحراف معیار، درصد و فراوانی استفاده گردید و در سطح استنباطی، تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) جهت بررسی بین گروه‌های موردپژوهش مورداستفاده شد. ساختار جلسات تحلیل تبادلی بر اساس الگو و پروتکل درمانی مبتنی بر کتاب روش‌های نوین در روان شناسی تحلیل رفتار متقابل [۲۷] استخراج و مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش در دامنه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۷۳ و ۱/۶ و گروه کنترل ۲۶/۳۳ و ۱/۳۴ بود. میزان تحصیلات در گروه

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

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی با اعضای شرکت‌کننده در گروه، معرفی دوره آموزشی– درمانی به‌صورت کلی، تنظیم قرارداد مشاوره‌ای با اعضای حاضر در جلسه و توافق بر سر اهداف و وظایف، اجرای پیش تست، 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، 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 تک‌تک اعضاء یک مورد از ارتباط محاوره‌های خود را قرائت نموده و از اعضاء خواسته شد نسبت به ارتباط‌های یادشده اظهارنظر کنند. در ادامه به اعضاء تکلیف خانگی (رسم اگوگرام) داده شد.
جلسه سوم	تکالیف اعضای گروه مورد بررسی قرار گرفت و توضیح مختصر در خصوص کتاب وضعیت آخر و چهار حالت روانی ارائه کرد. فرایند درمان در این جلسه وجود قواعد ارتباطی در مورد احترام به خود، دیگران، دوستان و نحوه ابراز وجود بود. ارائه تکلیف (رسم اگوگرام بر اساس 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	بررسی تکلیف جلسه قبل، بازنوازی‌های غیرارادی دوران کودکی (من کودک) و وضعیت‌های اساسی زندگی به طور کامل تشریح شد. هر کدام از اعضای گروه دو صفحه از کتاب بازی‌های روانی (اریک برن) با ارائه بازی «چرا فلان کار را نمی‌کنی؟ آره، اما»، سطح اجتماعی و سطح روانی معرفی و شرح داده شد. در ادامه شرکت‌کنندگان به منظور آشنایی با جو بازی‌ها و تحلیل آن، به بازی «چرا فلان کار را نمی‌کنی؟ آره، اما»پرداختند.
جلسه ششم	از اعضاء خواسته شد در مورد مشغولیت‌های ذهنی که با آن مواجه هستند را بیان کنند این مشغولیت‌ها می‌تواند 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 رفتار متقابل مضاعف، و نیز تکلیف همراه با چند مثال از روابط پنهان همراه با تمرین و اجرای نقش ارائه شد.
جلسه هفتم	در ابتدای جلسه، تکلیف جلسه قبلی بررسی شد. آموزش چهار وضعیت زندگی، شفای کودک درون از مداخله 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. ارائه تکلیف (پرسش و پاسخ با دست مسلط و نامسلط).
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل و کار به صورت عملی (تمرین و ایفای نقش) و تمرین مهارت‌های ارتباطی اختصاص داشت. همچنین قصه‌های زندگی هر کدام از اعضاء که تمایل به بیان آن داشتند گفته شد. همچنین آموزش مفاهیم مدیریت زمان و شیوه‌های فعال کردن بالغ از مداخلات این جلسه بود. ارائه تکلیف (تعیین مدیریت زمان و استفاده از من بالغ در رفتارهای خود).
جلسه نهم	توضیح درباره مثلث نمایش کارپمن و چهار وضعیت زندگی بود. ابتدا چند نمونه از بازی‌های مطرح شده در کتاب تحلیل بازی‌های اریک برن، معرفی و تحلیل شدند. سپس با استفاده از بازی «الکلی» به معرفی و به‌کارگیری مثلث نمایشی کارپمن و چهار وضعیت زندگی پرداخته شد. ضمناً ازآنجاکه بازی «الکلی» و «آگه 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 ارائه‌شده در مورد شخصیت‌های داستان، و همچنین بازی‌ها و وضعیت‌های خود پرداختند.
جلسه دهم	در این جلسه، ابتدا مبحث پیش‌نویس زندگی 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 شرکت‌کنندگان، در سطح تحلیل تبادلی مقدماتی شد و به‌این‌ترتیب داستان به پایان رسید و با پایان این داستان، این دوره آموزشی– درمانی نیز به پایان خود نزدیک شد. در نهایت، مرور کامل بر تمام مباحث ارائه‌شده در طول این ۱۰ جلسه انجام شد و به‌عنوان حسن ختام این جلسات ضمن تشکر و قدردانی از همه شرکت‌کنندگان، لوح یادبودی به هر یک از آنان تقدیم شد.

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۲- صفحات ۱۲۴-۱۱۳

جدول ۲: آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش.

متغیر	پیش‌آزمون انحراف استاندارد ± میانگین	پس‌آزمون انحراف استاندارد ± میانگین
نشخوار فکری	۱۰/۶۰ ± ۱/۴۵	۴/۷۳ ± ۱/۱۶
خودآگاهی هیجانی	۴/۲۰ ± ۰/۷۸	۹/۴۷ ± ۰/۹۲
گناه	۹/۶۷ ± ۱/۶۸	۴/۲۰± ۰/۹۴
ابراز احساسات	۲/۴۷ ± ۱/۰۰	۶/۰ ± ۱/۰۱
غیرقابل‌کنترل بودن	۹/۸۰± ۱/۰۱	۳/۷۳ ± ۱/۱
تائیدطلبی	۶/۲۰± ۱/۱۵	۳/۲۰± ۰/۸۶
قابل‌درک بودن	۴/۷۳ ± ۱/۲۲	۹/۶۷ ± ۰/۹
سرزنش	۶/۸۷ ± ۰/۸۳	۴/۰ ± ۰/۹۳
تلاش برای منطقی بودن	۱۱/۶۰± ۱/۳	۳/۷۳ ± ۱/۲
دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	۶/۱ ± ۰/۹۶	۲/۱ ± ۰/۰۸
ارزش‌های والاتر	۴/۱۳ ± ۰/۹۹	۹/۴۷ ± ۱/۱
پذیرش هیجانات	۵/۲۰± ۰/۷۸	۹/۴۷ ± ۰/۹۲
توافق	۵/۸۷ ± ۱/۰۶	۱۰/۱۳ ± ۱/۱۳

آزمایش سه نفر (۲۰ درصد) زیر دیپلم، نه نفر (۶۰ درصد) دیپلم و سه نفر (۲۰ درصد) لیسانس؛ و در گروه کنترل دو نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) و سه نفر (۲۰ درصد) لیسانس داشتند. در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شغل به ترتیب نه نفر (۶۰ درصد) و هشت نفر (۵۳/۳ درصد) شاغل بودند. مدت زمان مصرفشان از ابتدای زمان ابتلا به این سوءمصرف مواد در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب با میانگین ۳/۱۳ و انحراف استاندارد ۰/۳۹ و میانگین ۳/۲۷ و انحراف استاندارد ۰/۴۴ بود. بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای سن، سطح تحصیلات و مدت‌زمان مصرف متادون تفاوت معناداری وجود ندارد و دو گروه با یکدیگر مورد همتاسازی قرار گرفتند.

میانگین نمرات (پیش‌آزمون/ پس‌آزمون) گروه کنترل در مقیاس نشخوار فکری (۱۱/۷۳، ۱۱/۶۷)؛ خودآگاهی هیجانی (۴/۰۷، ۴/۰۷)؛ گناه (۱۰/۸۳، ۹/۹۳)؛ ابراز احساسات (۱/۸۷، ۱/۷۳)؛ غیرقابل‌کنترل بودن (۱۰/۷۳، ۱۰/۰۷)؛ تائیدطلبی از دیگران (۶/۰۷، ۵/۸۷)؛ قابل‌درک‌بودن (۴/۰۷، ۴/۰۷)؛ سرزنش (۷/۰، ۶/۹۳)؛ تلاش برای منطقی بودن (۱۲/۰، ۱۱/۶۷)؛ دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات (۶/۴۰، ۶/۴۰)؛ ارزش‌های والاتر (۴/۲۰، ۴/۲۰)؛ پذیرش هیجانات (۵/۴۰، ۵/۲۰) و توافق (۶/۲۷، ۵/۹۳)، همچنین انحراف استاندارد نمرات (پیش‌آزمون/پس‌آزمون) گروه کنترل در مقیاس نشخوار فکری (۱/۳۹، ۱/۴۰)؛ خودآگاهی هیجانی (۰/۸، ۰/۸)؛ گناه (۱/۳۰، ۱/۳۸)؛ ابراز احساسات (۰/۷۴، ۰/۸۰)؛ غیرقابل‌کنترل بودن (۰/۹۶، ۰/۷۰)؛ تائیدطلبی از دیگران (۰/۸۸، ۰/۹۱)؛ قابل درک بودن (۰/۸، ۰/۸)؛ سرزنش (۰/۷۶، ۰/۷۶)؛ تلاش برای منطقی بودن (۱/۰، ۱/۰۵)؛ دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات (۰/۹۹، ۰/۹۹)؛ ارزش‌های والاتر (۰/۹۴، ۰/۹۴)؛ پذیرش هیجانات (۰/۸۳، ۰/۷۸) و توافق (۱/۱، ۰/۸۹) می‌باشد. جدول (۱) میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش به‌عنوان شاخص‌های توصیفی در متغیرهای ملاک ارائه شده است.

قبل از اجرای روش آماری مانوا به‌منظور مقایسه میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل، برقراری شروط استفاده از آن یعنی فرض همگنی واریانس نمرات درون‌گروهی، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد: نتایج آماره F در آزمون لون

جدول ۳: آزمون‌های مانوا.

	منبع تغییرات	آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی منبع تغییرات	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۹۶	۵۲/۰۶۱	۱۳	۳	۰/۰۰۴
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۴	۵۲/۰۶۱	۱۳	۳	۰/۰۰۴
	اثرهتلینگ	۲۲۵/۵۹۹	۵۲/۰۶۱	۱۳	۳	۰/۰۰۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۲۵/۵۹۹	۵۲/۰۶۱	۱۳	۳	۰/۰۰۴

Journal of Police Medicine
Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

جدول ۴: نتایج آزمون مانوا برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات مقیاس‌های موردپژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل.

متغیر	SS	df(گروه، خطا و کل)	MS	F	P	ES
نشخوار فکری	۱۰۸/۷۹۶	۱/ ۱۵ و ۳۰	۱۰۸/۷۹۶	۷۶/۵۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۶
خودآگاهی هیجانی	۹۶/۲۳۰	۱/ ۱۵ و ۳۰	۹۶/۲۳۰	۱۴۶/۷۴۵	۰/۰۰۰۱	۹۰۷/۰
گناه	۱۰۸/۵۱۰	۱/ ۱۵ و ۳۰	۱۰۸/۵۱۰	۱۴۶/۰۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۷
ابراز احساسات	۴۸/۹۶۶	۱/ ۱۵ و ۳۰	۴۸/۹۶۶	۵۳/۷۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۲
غیرقابل‌کنترل بودن	۹۹/۶۸۴	۱/ ۱۵ و ۳۰	۹۹/۶۸۴	۱۷۴/۴۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۱
تائیدطلبی دیگران	۲۲/۱۸۹	۱/ ۱۵ و ۳۰	۲۲/۱۸۹	۴۱/۶۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۵
قابل‌درک بودن	۹۱/۵۰۷	۱/ ۱۵ و ۳۰	۹۱/۵۰۷	۱۴۷/۲۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۸
سرزنش	۲۹/۹۲۲	۱/ ۱۵ و ۳۰	۲۹/۹۲۲	۵۳/۶۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۲
تلاش برای منطقی بودن	۵۹/۶۸۸	۱/ ۱۵ و ۳۰	۵۹/۶۸۸	۳۷/۳۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۴
دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجانات	۵۹/۵۴۵	۱/ ۱۵ و ۳۰	۵۹/۵۴۵	۹۸/۸۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸
ارزش‌های والاتر	۸۱/۹۳۸	۱/ ۱۵ و ۳۰	۸۱/۹۳۸	۱۷۷/۱۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۲
پذیرش هیجانات	۶۱/۰۹۰	۱/ ۱۵ و ۳۰	۶۱/۰۹۰	۱۹۹/۶۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۰
توافق	۴۸/۴۸۰	۱/ ۱۵ و ۳۰	۴۸/۴۸۰	۸۰/۹۹۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۴

برای هیچ‌کدام از متغیرهای ملاک معنادار نبود ($P \geq ۰/۰۵$) بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کوواریانس معنادار به دست نیامد ($M = ۰/۴۷$) بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد درنتیجه داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کنند و لذا بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. نهایتاً آزمون شاپیرو- ویلیک ($P \geq ۰/۰۵$) نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود. جهت مشخص شدن این‌که آیا متغیر مستقل یعنی تدبیر آزمایشی بر متغیرهای وابسته اثرگذار بوده است یا خیر به نتایج آزمون های مانوا (اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی) مراجعه شد که نتایج آن در جدول (۳) نشان داده شده است.

با توجه به معناداری تمام آزمون‌ها ($P \leq ۰/۰۰۴$ و $F = ۵۲/۰۶۱$) می‌توان استنباط نمود که متغیر مستقل بر متغیرهای ملاک تأثیرگذار بوده است و درمان تحلیل رفتار متقابل تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته افراد معتاد در حال ترک، شرکت‌کننده در پژوهش داشته است. همچنین حاکی از مجاز شمردن استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) است.

به‌منظور بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) گزارش شده است نتایج جدول ۴. نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایش یعنی گروهی که در جلسات درمان تحلیل رفتار متقابل شرکت کردند و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین نتایج جدول (۴) حاکی از آن است که ۸۴ درصد تغییرات نشخوار فکری، ۹۱ درصد تغییرات خودآگاهی هیجانی، ۹۱ درصد گناه، ۷۸ درصد ابراز احساسات، ۹۲ درصد غیرقابل‌کنترل بودن، ۷۴ درصد تائیدطلبی دیگران، ۹۱ درصد قابل‌درک بودن، ۷۸ درصد سرزنش، ۷۱ درصد تلاش برای منطقی بودن، ۸۷ درصد دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجان، ۹۲ درصد ارزش‌های والاتر، ۹۳ درصد پذیرش هیجانات و ۸۴ درصد توافق را می‌توان از طریق درمان تحلیل رفتار متقابل تبیین نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تغییرات ایجادشده در میزان طرح‌واره‌های هیجانی در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به تغییرات ایجادشده در گروه کنترل معنی‌دار بود. به‌عبارت‌دیگر، کاربرد گروه‌درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل موجب کاهش و تعدیل طرح‌واره‌های هیجانی در نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل‌کنترل بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات پذیرش هیجانات، توافق و همچنین موجب افزایش خودآگاهی هیجانی، قابل فهم و درک بودن هیجانات، ارزش‌های برتر و تعدیل ابراز احساسات و توافق گروه آزمایش شد. این نتایج یافته ها همسو با مدل طرح‌واره‌های هیجانی [۷]، مدل فراشناخت[۲۹]، مدل متمرکز بر شفقت[۳۰]است. بر همین اساس می‌توان گفت که طرح‌واره های هیجانی، به خاطر در برگرفتن باورهای افراد نسبت به هیجان‌ها و نحوه تجربه کردن و پاسخ دادن آن‌ها، در بروز، تشدید و تداوم هیجان‌های منفی و در نهایت آسیب روانی و ناسازگاری در فرد

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۲- صفحات ۱۲۴-۱۱۳

نقش دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این طرح‌واره‌های هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف مواد، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباط‌اند [۲۹، ۲۴، ۱۶]. همچنین یافته‌ها با پژوهش[۲۱، ۱۸، ۱۷] که اثربخشی تحلیل تبادلی را در افزایش سازگاری و انطباق با مشکلات و عزت‌نفس و شناخت توانمندی‌های واقعی، و کاهش افسردگی و اضطراب بوده است، همسوست. هم‌چنین همسو با پژوهش‌هایی که اثربخشی افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات خانوادگی، روابط مختل خانواده معتادین و کاهش هیجان‌مداری و افزایش مساله‌مداری بوده است[۳۱ و ۲۲]. در مطالعه‌ای نشان دادند که کاربرد تحلیل رفتار متقابل در برنامه پیشگیری از الکل، برای افرادی که در حال مستی رانندگی می‌کنند، موجب کاهش مصرف الکل می‌شود [۳۲]. این نکته که همه انسان‌ها ناراحتی یا دیگر هیجان‌ها را تجربه می‌کنند اما تنها افراد کمی هستند که تجارب هیجانی در آن‌ها اختلالی شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند دلالت بر این دارد که طرح‌واره‌های شناختی درباره تجارب هیجانی ممکن است بر ایجاد و توسعه این اختلال‌ها تأثیر بگذارند [۳۶-۳۳]. یافته‌های مطالعه حاضر نیز این واقعیت را مورد حمایت تجربی قرار داده است. برای تبیین می‌توان اظهار داشت که تعارض‌های حل‌نشده منجر به ایجاد هیجان های منفی می‌شوند و هنگامی که نمی‌توانیم هیجان‌ها را از خودمان دور کنیم، به‌درستی کنترل کنیم، بهبود در مهارت‌های هیجانی شامل توانایی تشخیص‌دادن و بیان کردن هیجانات، از طریق تأثیر بر صمیمیت در پیشگیری بیماری‌ها (سوءمصرف مواد) مؤثر می‌باشد و سلامت افراد را بهبود می‌بخشد [۳۳] و نیز مجموعه ای از قابلیت‌های عاطفی– عمدتاً همدلی‌کردن، خوب گوش کردن، قضاوت نکردن و آرام شدن و آرام کردن طرف مقابل، می توانند منجر به حل و فصل کارآمد اختلافات گردند [۳۷ و ۲۷].

در رویکرد تحلیل تبادلی «من» بالغ متمرکز بر زمان حال، اینجا و اکنون و متناسب با موقعیت فعلی است [۳۳] و در نتیجه «بالغ» است که همیشه خودمختار است و رشد روانی «من» بالغ فرایندی پیوسته است. در روش آلودگی زدایی (Decontamination) باورهای آلوده در فرایند آلودگی مورد بررسی و چالش دقیقی قرار می‌گیرند و از تأثیر بایدها و بایستی‌هایی که با آن‌ها زندگی می‌کنند، آگاه و به‌طور منظم و سنجیده‌ای به چالش با آن‌ها می‌پردازند[۳۸]. به‌این‌ترتیب با اعمال تکنیک‌هایی از این درمان افراد از اعتبار و صحت و سقم باورها و تجاربی که شواهد تائید کننده را زیر سؤال می‌برند. شناسایی باورهای پیش‌نویس می‌تواند سبب هدایت آن ها به سمت تعدیل و اصلاح شود[۳۸]. هم‌چنین اثربخشی تحلیل رفتار متقابل در انواع روابط بخصوص روابط مکمل، متقاطع و نهفته، افراد را با نحوه برقراری ارتباط مؤثر آشنا می‌سازد. به عبارتی افراد را به مهارت‌های ارتباطی مناسب مجهز می‌سازد تا با تشخیص «حالات من» خود و دیگران به‌ویژه با توجه به سرنخ های کلامی و غیرکلامی بتوانند ارتباط مکمل مناسبی را برقرار نمایند. به‌علاوه با استفاده از تکنیک‌های پس‌راندن «والد» طرف مقابل، بتوانند در موقعیت‌های احتمالی تعارض زا، به‌خوبی با نظارت «بالغ» تقویت‌شده خود موقعیت را اداره نموده، شرایط را برای برقراری روابط سازنده و نه تخریبی فراهم سازند [۳۳]. این تبیین همسو با نظریه لی‌هی [۳۶ و ۳۵] است که بسیاری از هیجان‌ها مستلزم ارزیابی‌های شناختی هستند. نظریه تحلیل رفتار آموزه‌هایی در زمینه 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 [۳۵]. همچنین آموزه‌هایی در زمینه تقویت بالغ و شیوه حل مسئله میان فردی به‌گونه‌ای مؤثر کمک نماید. این تبیین همسو با اثربخشی تحلیل رفتار در حل مسئله است [۳۱]. افراد دارای انواع گوناگونی از طرح‌واره‌ها هستند که هر یک از آن‌ها شامل مجموعه قواعدی هستند که فرد را در موقعیت‌های خاص هدایت می‌کنند [۷]. اختلال در عملکرد، ممکن است در هر یک از فرایندهای طرح‌واره‌ای نمایان شود و تفسیرهای ارائه‌شده درباره هیجان‌ها و راهبردهایی که جهت مقابله با هیجان (مصرف مواد) را فعال نماید. در تبیین اثربخشی تحلیل رفتار در افراد در حال ترک که از اجتناب هیجانی بیشتری استفاده می‌کنند، می‌توان تأکید مضاعف روی بینش هیجانی را ذکر نمود [۳۶]. افزایش بهبودی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار هیجانی افراد در حال ترک، شاید به دلیل ماهیت آموزش خودیاری در ارتباطات اجتماعی و درمان عمیق‌تر تحلیل رفتار باشد زیرا هدف نهایی این درمان، آن است که معتادینان خود بتوانند با در پیش گرفتن پیش‌نویس‌ها، وضعیت‌های زندگی سالم تر و ارتباطات مناسب‌تر مشکلات و نیازهای عاطفی و هیجانی خود را برطرف نمایند. تحلیل رفتار به‌جای نسبت دادن مشکلات هیجانی به افکار خود آیند، بر ریشه تحول، وضعیت زندگی، پیام‌های پیش‌نویس و نمایشنامه زندگی تأکید دارد [۳۸ و ۳۷]. شناسایی پیش‌نویس که تجربه‌های آشفته‌ساز دوران کودکی را به دوره نوجوانی معتادین ربط می‌دهد، به افراد دچار سوءمصرف مواد کمک می کنند تا بر هیجان‌ها، باورها، رفتارها و احساس‌های تخریبی خود غلبه کنند [۲۷]. آموزش‌های تحلیل رفتار در جوی صمیمانه و همراه با احساساتی مثبت، موجب پیش‌بردن معتادین از شناخت سرد به

Journal of Police Medicine
Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

شناخت گرم و سهولت در رسیدن به پیش‌نویس زندگی‌اش می‌شود، که موجب اشتیاق معتادین در پیگیری درمان و بهبودی بیشتر می‌گردد. فنون تحلیل رفتار، مخصوصاً در احیای کودک درون، همزیستی روانی، پیش‌نویس زندگی، و بازی‌ها شبیه «تخلیه هیجانی» فروید، «خاطرات بطنی» کوبی و «پدیده قطعه گیجگاهی» پنفیلد است. این فنون داغ باعث تخلیه هیجانی شدید معتادین (افراد در حال ترک) از طرح‌واره‌های ناسازگار هیجانات می‌شود. درمانگر به‌نوعی با بازوالدینی حمایت‌گرانه، به معتادین کمک می‌کند تا در جهت اصلاح احساس‌ها و پیش‌نویس خود گام بردارد[۳۸ و ۲۷]. هم‌چنین با روش همدلانه و رویارویانه، معتادین را با مشکلاتش روبرو می‌سازد و به او آموزش می‌دهد که بداند این‌ها مشکلات و علائم مرضی او بعد از شکست عاطفی هستند، چگونه وارد این مشکلات شده و چگونه می‌تواند از آن‌ها خارج گردد. ضمن همدلی با نمایش زندگی معتادین، وی را با این واقعیت مواجه می‌کند که پیش‌نویس زندگی‌اش نتیجه‌بخش نیست، تا بتواند پیش‌نویس بهتری اتخاذ کند. معتادین در فرآیند درمان مراحلی را طی می‌کند تا به شناخت بیشتر از مشکلی که با آن مواجه شده است، برسد، و تغییرات مثبت و پایداری را در خود به وجود بیاورد مراحل به این صورت می‌باشد که فرد از مرحله دفاع (معتادین در جستجوی دفاع کردن از الگوهای ناسازگار خود و والدینش است، و شدیداً درگیر چرایی اعتیاد خود و تحمل‌کردن علائم مرضی پس از آن می‌باشد، بدون آن‌که به حل مسئله بپردازد و روند این زمانی/ این‌مکانی را در پیش بگیرد) به مرحله آزردگی و تسکین علائم، با آگاه‌شدن از شیوه‌ای که خودش را با دنبال کردن راهبردهای منسوخ دوران کودکی محدود می‌کرده و پی بردن به ارتباط آن با نیازهای تأمین نشده دوران کودکی، آزرده و خشمگین شده و نسبت به والدینش واکنش منفی نشان می‌دهد، به‌تدریج خودش را به صورت منفی تجربه می‌کند و نگاه او به والدین مثبت می‌شود. هر سه حالت شخصیتی والد، بالغ، کودک او شروع به تغییرات می‌کند و روز به روز بیشتر به حل مسئله می‌پردازد بدون اینکه وارد پیش‌نویس شود، بعد به کنترل اجتماعی (با تشخیص خود به‌عنوان مشکل، مسئولیت اعمال خویش را به عهده گرفته، و رفتار خودمختار را افزایش می‌دهد)، سپس به درمان انتقال و در نهایت به درمان پیش‌نویس و آزاد شدن از سیستم تخریب می‌رسد[۳۸ و ۲۷].

در ضمن گروه‌درمانی تحلیل رفتار شرایطی را فراهم می آورد تا درمان‌جو مشکلات خود را در حضور دیگران حل و فصل کند، واکنش دیگران را به رفتار خود ببیند و هنگامی که شیوه های پاسخ‌دهی وی رضایت‌بخش نیست روش‌های تازه‌ای در پیش گیرد 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 یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند [۲۷] همچنین می‌تواند در تعاملات اثربخش و کارآمد به درک تلقی کلی بیمار از هیجان‌ها شامل ارزیابی‌ها، پیش‌بینی‌ها و راهبردهای مقابله را برای اعضا فراهم نماید. همچنین بازسازی شناختی در ارتباط بالغ- بالغ به درمان‌جو اجازه می‌دهد بیاموزد که تغییر دادن تفسیر رویدادها، می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را اصلاح‌کرده و بدین ترتیب در هنگام تجربه کردن یک هیجان ناخواسته، حس کارآیی بالاتری را القا کند. همچنین با تسلط بر بالغ در تحلیل رفتار این افراد را یاری می‌دهند تا به نحوی اثربخش‌تر، از حمایت اجتماعی، پذیرش و کاهش برانگیختگی، حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی و رفتارهای سازگارانه استفاده کند تا از راهبردهای دردساز اجتناب، سرکوب و نشخوار فکری و نگرانی و سوءمصرف. از سوئی افراد در گروه با بررسی پیش‌نویس زندگی و پیام‌های والد و کودک خود، طرح‌واره‌های هیجانی مربوط به شرمندگی یا احساس گناه درباره هیجان، چگونه بر زندگی آن‌ها تأثیر گذارده‌اند و یا باورهای مربوط به تداوم هیجان و غیرقابل‌کنترل بودن آن، چگونه با در پیش گرفتن راهبُردهای دردسرساز مقابله مانند نوشیدن الکل، پُرخوری و سوءمصرف مواد منجر شده‌اند، آگاه شدند. راهکارهای مداخله ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد مطرح شده است. در این میان باوجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به‌تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده اند. 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، نداشتن دوره پیگیری می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، از درمان‌های دیگر با استفاده از هر دو جنس انجام شود.

تشکر و قدردانی

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند که از تمام افرادی که به دلیل همکاری و راهنمایی‌های بی‌دریغشان در اجرا و مراحل پژوهش کمک و حمایت نمودند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Daley A, Marlatt G, Lewinson J, Ruiz P, Millman R, Langrod J. Substance Abuse (A Comprehensive Textbook). 4th ed. Boston: Williams & Wilkin 2005: 674-81.
2. Abou-Saleh MT. Substance use disorders: recent advances in treatment and models of care. J Psycho-

som Res 2006; 61: 305-10.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593-602.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Mental health services administration: overview of findings from the 2004 national survey on drug use and health. Washington DC: US Department of Health and Human Services: DHHS Publication 2005.
5. Toofani H, Javanbakht M. Coping strategies and dysfunctional attitude in substance abusers and normal persons. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2001; 7:55-62. (Persian)
6. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A trans diagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press 2009.
7. Leahy RL, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press 2011.
8. Wood LM, Parker JDA, Kristensen HA, Klooserman P, Taylor RN. Addiction-related behaviors in a clinical outpatient sample of adolescents: Relationship with emotional and social competency. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario 2009.
9. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract 2002; 9: 177-90.
10. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press 2011.
11. Parling T, Mortazavi M, Ghaderi A. Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept? Eat Behav 2010; 11: 205-10.
12. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. Translated by Hamidpour H & Andouz Z. 2nd ed. Tehran: Arjmand Press 2010. (Persian)
13. McKay JR. Lessons learned from psychotherapy research. Alcohol Clin Exp Res 2007; 31: 48s-54s.
14. Johnsson R. Transactional analysis psychotherapy-three methods describing a transactional analysis group therapy. Lund University 2011; 5-75.
15. Allameh Z, Tehrani HG, Ghasemi M. Comparing the impact of acupuncture and pethidine on reducing labor pain. Adv Biomed Res 2015; 4:46.
16. Widdowson M. Transactional analysis psychotherapy for a case of mixed anxiety & depression: A pragmatic adjudicated case study–'Alastair'. IJTAR 2014; 5: 66-76.
17. Emam Jomeh Zadeha SM, Gorji Y, Javadzadeh A. A social work study on effectiveness of transactional analysis training on social adjustment: A case study of women with spouses with drug addiction. Manag Sci Lett 2013; 3: 431-4.
18. Nejadnaderi S, Darehkordia, Divsalar K. The study of adjustment changes after teaching of transactional analysis(Ta) to the people. IOSR-JHSS 2013; 10: 31-4.
19. Torkan H, Kalantari M, Moulavi H. The efficacy of transactional analysis group therapy in marital satisfaction. J Fam Res 2007; 2: 383-403. (Persian)
20. Ebrahimisani E, Hashemian K, Dvkanh F. The effectiveness of transactional analysis group therapy in increasing the self-esteem of Northern Khorasan province prisons' soldier-guards. J Mil Med 2012; 14: 214-20.
21. Allameh SF, Aghaeia A, Atashpour SH, Moshtaghi M. The effect of transactional analysis group training on married men's happiness referred to counseling and cultural centers. Res Cogn Behav Sci 2014; 4: 25-38. (Persian)
22. Honari R. The Effect of Transactional Analysis Group Training on Marital Satisfaction of Men and Women referring to the Counseling Centers and Cultural Centers in Isfahan. Curr Res J Biol Sci 2014; 6: 208-14.
23. Farhangi F, Aghamohamadian Sherbaf HR. The study of impact of group psychotherapy on stress coping styles in adolescences based on transactional analysis approach. Stud Educat Psychol 2007; 7: 41-62. (Persian)
24. Florio GA, Donnelly JP, Zevon MA. The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: a transactional analysis. J Occup Health Psychol 1998; 3: 227-42.
25. Parissopoulos S, Kotzabassaki S. Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. ICUS Nurs Web J 2004; 17: 1-11.
26. Dumas JE, LaFreniere PJ, Serketich WJ. "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. J Abnorm Psychol 1995; 104: 104-13.
27. Stewart I, Joines V. TA today: A new introduction to transactional analysis. 2nd ed. Lifespace Pub 2012.
28. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani Sh, Sa'idian M. Factor structure and psychometric properties of emotional schema scale. Clin Psychol

Journal of Police Medicine
Summer 2015; Vol. 4, No. 2: 113-124

Stud 2013; 3: 91-120. (Persian)

29.Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. Behav Cogn Psychoth 1995; 23: 301-20.
30.Gilbert P. Compassion focused therapy: distinctive features (CBT distinctive features). 1st ed. London: Routledge 2010.
31.Ghanbari-e-Hashem-Abadi BA, Bolghan-Abadi M, Vafaei-e-Jahan Z, Maddah-Shoorcheh R, Maddah-Shoorcheh E. Comparison of the effectiveness of the transactional analysis, existential, cognitive, and integrated group therapies on improving problem-solving skills. Psychology 2011; 2: 307-11.
32.Clayton SH, Dunbar RL. Transactional analysis in an alcohol safety program. Soc Work 1977; 22: 209-13.
33.Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. New York, NY, US: Grove Press 1961; 198.
34.Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In D Sookman & RL Leahy (Eds), Treatment Resistant Anxiety Disorders. New York: Routledge 2010.
35.Leahy R, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA 2004.
36.Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. Cogn Behav Pract 2007; 14: 36-45.
37.Ellis A. Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. Cognitive Ther Res 1980; 4: 325-40.
38.James M, Jongeward D. Born to win: Transactional analysis with gestalt experiments. Translated by

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۲- صفحات ۱۲۴-۱۱۳