

Research Paper



The Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Prevention of Relapse of Recovering Drug Users



Noshin Kashfi¹, Mohammad Hasan Ghanifar*², Maryam Nasri², Ghasem Dastjerdi³

1. PhD Student of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15330

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.7.1](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.68.7.1)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15330.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Relapse Prevention,
Emotion Regulation,
Intensive Short-Term
Dynamic Psychotherapy

Received: 2022/05/21
Accepted: 2022/06/19
Available: 2023/02/09

ABSTRACT

Drug addiction is one of the main problems of human life today and imposes a great cost on societies. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation and prevention of relapse of recovering drug users. This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group. The statistical population of the study included recovering addicts in Yazd in 1400. 39 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (19 in the experimental group and 20 in the control group). For the experimental group, short-term intensive psychotherapy was performed weekly in the form of 8 sessions of 90 minutes, and for the control group, no treatment was performed. The Wright's relapse prediction questionnaire and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in the pre-test and post-test stages were completed by the participants. Analysis of covariance was used to analyze the data. According to the results, after intensive short-term dynamic psychotherapy, the scores of adaptive emotion regulation strategy and relapse prevention in the intervention group had a significant improvement compared to the control group ($P < 0.05$). Based on the results of this study, it seems that intensive short-term dynamic psychotherapy can be effective in increasing the adaptive strategy of emotion regulation and prevention of relapse in recovering addicts.



* Corresponding Author: Mohammad Hasan Ghanifar

E-mail: Ghanifar@iaubir.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثر بخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و پیشگیری از عود مصرف‌کنندگان دارو در حال بهبودی



نوشین کشفی^۱، محمدحسن غنی فر*^۲، مریم نصری^۲، قاسم دستجردی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران.
۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15330

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.7.1

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15330.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و پیشگیری از عود مصرف‌کنندگان دارو در حال بهبودی صورت گرفت. این تحقیق از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی و با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل معتادین در حال بهبودی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۹ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۹ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل). برای گروه آزمایش روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت به صورت هفتگی و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و برای گروه کنترل، درمانی صورت نگرفت. پرسشنامه پیش بینی از بازگشت رایت و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. از آزمون تحلیل کوواریانس برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. طبق نتایج، بعد از روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت، نمرات راهبرد سازگاران تنظیم هیجان و پیشگیری از عود در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود معنادار داشته است ($P < 0.05$). بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت می‌تواند در افزایش راهبرد سازگاران تنظیم هیجان و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان دارو در حال بهبودی موثر باشد.

کلیدواژه‌ها:

پیشگیری از عود، تنظیم هیجان، روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۲/۳۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: محمدحسن غنی فر

رایانامه: Ghanifar@iaubir.ac.ir

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها به عنوان یکی از رفتارهای پرخطر در سطح جامعه جهانی، بیش از ۲۴۰ میلیون نفر مصرف کننده غیر قانونی مواد را جذب کرده است و هزینه زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند (ایگنازواسکی^۱، ۲۰۲۱). طبق گزارش‌ها، در ایران حداقل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر وابسته به مصرف مواد هستند (موسوی، دشت بزرگی، حیدرئی، پاشا و برنا، ۱۴۰۰). عود یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و طی تلاش‌های بازدارنده، بروز می‌کند (کابیس، بایرسیازا، هبگوسنگا و امابایی^۲، ۲۰۲۱). یافته‌ها نشان می‌دهد حتی پس از این که فرد معتاد، مصرف مواد را برای مدت طولانی قطع می‌نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد، به طوری که آمارها نشان می‌دهد تا ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره علائم عود را نشان می‌دهند (صداقت زاده، ایمانی و شکری، ۱۳۹۷). بنابراین عود از بحث انگیزترین پدیده‌ها در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی به ترک در میان افراد به ترک انواع اعتیاد است (برهانی، مرادی، اکبری و میرانی، ۱۳۹۶). عود به معنای ناتوانی و شکست در تداوم یک تغییر رفتاری و آغاز رفتار به دنبال یک دوره ترک آن عمل می‌باشد (طاهری فرد، بشرپور، حاجلو، نریمانی و علیزاده گورداد، ۱۴۰۰) به طور معمول، افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان نشان می‌دهند و به نظر می‌رسد که بازگشت رفتارهای اعتیادی در افراد وابسته به مواد نسبتاً رایج است (کلارک، لویز، مایر، هنسون و هیل^۳، ۲۰۲۰). بنابراین گفته می‌شود که اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر در شروع و تداوم و عود این بیماری دخیل هستند (اندرسون، ویناس و ناردفیرن^۴، ۲۰۱۹). در بین عوامل تعیین کننده گرایش به مصرف مواد، متغیرهای روانشناختی از جمله هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجان در آسیب شناسی اعتیاد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند.

تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرایندهای زیستی اجتماعی و رفتاری اطلاق می‌شود که افراد به وسیله آنها به هیجاناتی که دارند، نحوه داشتن آنها، چگونگی تجارب و تظاهر هیجان‌هایشان نفوذ کرده و به صورت خودکار یا کنترل شده و در یک سطح هوشیار تا ناهوشیار بر آنها تاثیر می‌گذارند (گراس^۵، ۲۰۰۸، مک ری، رای، گات، گادنیز، ویلیامز و گراس^۶، ۲۰۱۷). تنظیم هیجان به توانایی پاسخگویی به خواسته‌های محیطی با دامنه عواطف مناسب، از نظر اجتماعی قابل تحمل و به اندازه کافی انعطاف‌پذیر کمک می‌کند و همچنین توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خود به خودی را در صورت لزوم ایجاد می‌کند (وندلرلیند، میلگرام، بسکین-سامرز، کلارک و جورمن^۷، ۲۰۲۰).

مدیریت تطبیقی هیجان‌ها برای سلامت روان ضروری است چرا که تنظیم هیجان حاوی فرآیندهای نظارت، ارزیابی و اصلاح پاسخ‌های هیجانی در رسیدن به اهداف است (امران^۸، ۲۰۱۱). افرادی که از نظر عاطفی بی‌نظم هستند ممکن است الگوهای پاسخ را نشان دهند که در آن بین اهداف، پاسخ و یا شیوه‌های بیان آنها و خواسته‌های محیط ناسازگاری وجود داشته باشد (استیوز، جارگیو، سنکز-مرکز، لویز-گانزالز و گریفیث^۹، ۲۰۱۷). شواهد حاکی از آن است اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل اتفاقات روزانه پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نمایند آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند و از سوی دیگر، این آشفتگی می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد به عنوان راهی برای کاهش هیجانات منفی شود (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). همچنین یافته‌های مطالعات نشان دهنده این است که در افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد، رفتارهای باثبات و تنظیم شده هیجانی اندکی نسبت به سایر افراد وجود دارد و دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه از جمله سرکوب هیجانات در این افراد شایع است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۵). استیوز و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که هیجانات منفی و ناتوانی در تنظیم هیجان در افراد مختلف می‌تواند پیش بین هرگونه رفتار اعتیادی باشد. اوتانلو، فیابن، پیستارینی، اسپیکنو و تارسیلی^{۱۰} (۲۰۱۹) در بررسی خود در افراد الکلیک نشان دادند که در این افراد دشواری در تنظیم هیجان پیش بینی کننده گرایش به مصرف الکل و عدم موفقیت در ترک اعتیاد به الکل است.

بر این اساس کاهش گرایش به اعتیاد و میل مصرف مواد، با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن در افراد معتاد مستلزم کاربرد مداخلاتی است که بر تقویت عوامل محافظتی در برابر اعتیاد از جمله تنظیم هیجان تمرکز دارند و در این رابطه، روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت^{۱۱} مناسب به نظر می‌رسد. دیدگاه روانپویایی بر این اندیشه استوار است که افکار و هیجانات ناخودآگاه علل مهم رفتار هستند و رفتار قابل مشاهده تابعی از فرایندهای روانی درونی است (راسل، اباس، الدر، کیسلی، پالمن-ادن و تاون^{۱۲}، ۲۰۱۶). مثلث شخص و مثلث تعارض اساس کار روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت را تشکیل می‌دهد و الگوی نظری عملیاتی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت، کار بر روی مثلث تعارض در سه گوشه مثلث شخص است (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۷). مثلث شخص الگوهای انتقال را در الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی ترسیم می‌کند و رأس‌های این مثلث تجارب گذشته، جاری با افراد مهم زندگی و انتقال به درمانگر را نمایش می‌دهد. مثلث تعارض مولفه‌های مفروض در تعارض هیجانی را نشان می‌دهد و دربردارنده سه قطب احساس، اضطراب و تعارض است. بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهوشیار خویش، شیوه رضایت بخش تری برای رفع مشکلات می‌یابد (تاون و دریسن^{۱۳}، ۲۰۱۳). در این روش درمانگر در برابر مقاومت

8 . Omran
9. Estévez, Jáuregui, Sánchez-Marcos, López-González & Griffiths
10 . Ottonello, Fiabane, Pistarini, Spigno & Torselli
11. intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
12. Russel, Abbass, Allder, Kisely, Pohlmann-Eden & Town
13. Town, & Driessen

1. Ignaszewski
2. Kabisa, Biracyaza, Habagusenga & Umbyeyi
3. Clarke, Lewis, Myers, Henson & Hill
4. Andersson, Wenaas & Nordfjærn
5. Gross
6. McRae, Rhee, Gatt, Godinez, Williams & Gross
7. Vanderlind, Millgram, Baskin-Sommers, Clark & Joormann

موضوع منفعلانه‌ای ندارد، بلکه با قدرت هرچه بیشتر با مقاومت و دفاع چالش می‌کند (پانزی و لیندگرن^۱، ۲۰۱۹). این امر ناگزیر خشم بیمار را بر می‌انگیزد و به دنبال آن بیمار تلاش می‌کند تا به طریق خاصی که در خارج از اتاق درمان عادت دارد، از آن عامل اجتناب و آن را پنهان کند و تمام این روش‌ها به محض اتفاق افتادن در اتاق درمان فاش می‌شوند (اباس و تاون^۲، ۲۰۲۱). مهمترین بخش این درمان، اعلام دشمن خوبی مراجع با درمانگر در انتقال است و پس از آن ارتباط دادن الگوهای رابطه انتقالی با الگوهای مشابه در روابط جاری و گذشته است (اباس، بمایر، کیسلی، تاون و جانسون^۳، ۲۰۱۵). شواهد تجربی نیز نه تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی حمایت می‌کند بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند (تاون و دریسن، ۲۰۱۳). در مطالعات مختلف، تغییرات طولانی‌مدت در سبک‌های دفاعی در پی این روش درمانی در اختلالات مختلف اضطرابی و خلقی مورد بررسی قرار گرفته است و بر اساس نتایج بدست آمده این درمان موجب انطباقی‌تر شدن سبک‌های دفاعی و بهبود نشانه‌های بالینی و بیماری از قبیل افسردگی، اضطراب، سردرد، مشکلات بین فردی و علایم سایکوتیک شده است (احمدی، وطن خواه امجد، کاظمی رضایی و محمدی، ۱۴۰۰؛ تاون و دریسن، ۲۰۱۳؛ راسل و همکاران، ۲۰۱۶؛ راکو^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). راسل و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی خود در بیماران مبتلا به صرع نشان دادند که روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در این افراد می‌تواند به آنها در کاهش مشکلات هیجانی و در نتیجه بهبود علایم بالینی و هزینه‌های درمانی کمک کند. راکو و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه نشان دادند که استفاده از روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در زنان با مشکلات و اختلافات زناشویی با کمک به آنها در تنظیم هیجان موجب کاهش اختلافات و تعارضات زناشویی شده است. پانزی و لیندگرن (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای بر روی افراد معتاد نشان دادند که روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در این افراد می‌تواند در کاهش مشکلات بین فردی و ارتباطی و همچنین علایم اضطراب و افسردگی موثر باشد.

افزایش مصرف مواد مخدر در طی قرن گذشته، نگرانی روز افزونی را برای

همه جوامع در پی داشته است. اعتیاد از یک سو سلامت جامعه را مورد تهدید قرار داده و از سویی دیگر با بسیاری از جرائم و جنایات همچون ایدز در ارتباط است (ایگنازواسکی، ۲۰۲۱). اعتیاد به یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز تبدیل شده است و هر ساله افراد زیادی را به دام خود می‌کشاند. اعتیاد به عنوان عامل بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی، تهدیدی برای سلامت روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه محسوب می‌شود و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی، تکدی‌گری، رفتارهای ناسالم منجر می‌شود (کلارک و همکاران، ۲۰۲۰). در عین حال شیوه‌ای که بتوان اعتیاد را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد، یافت نشده است و لذا بهبودی فرد معتاد با قطع مصرف مواد مخدر حاصل نمی‌شود. از این جهت، عود مصرف

6. Rocco

3. Punzi & Lindgren

2. Abbass, & Town

5. Abbass, Bernier, Kisely, Town & Johansson

روش

این تحقیق از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی و با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. در ابتدا طرح این پژوهش با کد IR.SSU.REC.1400.173 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به تصویب رسید. جامعه آماری پژوهش، شامل معتادین در حال بهبودی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود. از بین معتادین مراجعه کننده به مرکز مشاوره باوری نو با روش نمونه‌گیری هدفمند و با لحاظ کردن

۹ و ۱۰)؛ تشکیل می‌شود. راهبردهای سازش‌نیافته نیز از زیرمقیاس‌های خودسرنش‌گری (سوال‌های ۱ و ۲)؛ دیگرسرنش‌گری (سوال‌های ۱۷ و ۱۸)؛ تمرکز بر فکر و نشخوارگری (سوال‌های ۵ و ۶)؛ فاجعه‌نمایی یا فاجعه‌آمیزپنداری (سوال‌های ۱۵ و ۱۶) تشکیل می‌گردد. نمره هر سوال از یک تا پنج است و دامنه نمرات کل راهبردهای سازش‌نیافته بین ۵۰-۰ و دامنه نمرات کل راهبردهای سازش‌نیافته بین ۴۰-۰ قرار می‌گیرد. گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) در مطالعه خود به بررسی روایی و پایایی این ابزار پرداختند و همسانی درونی آن را به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ۰/۸۷ تا ۰/۹۸ گزارش دادند. همچنین نشان دادند که روایی سازه آن با ساختار ۸ عاملی و شاخص الگوی برازش مناسب مورد تایید است. در مطالعه‌ای در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شد و روایی صوری و محتوایی آن نیز توسط چندین متخصص مورد بررسی و تایید قرار گرفت (امین‌آبادی، دهقانی و خداینه‌ای، ۱۳۹۰).

مداخله روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت: فرایند روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل دوانلو به صورت فردی صورت گرفت. محتوای جلسات به صورت کلی عبارت است از مراحل زیر:

جدول ۱: پروتکل روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت

جلسه	فعالیت‌ها
اول	در جلسه اول درمانگر با پرسشگری درباره مشکلات بیمار از روش توصیفی-پدیدار شناختی استفاده می‌کند و به جستجو روی علائم اختلال و مشکلات شخصی یا خوی بیمار می‌پردازد. پرسشگری تا جایی ادامه پیدا می‌کند که بیمار به صورت واضح یک رخ داد از تجربه اخیر مشکل خودش را بگوید. آنچه مورد تاکید قرار می‌گیرد پاسخ‌های عینی جزئی و مشخص می‌باشد. هدف اصلی این جلسه مشخص کردن مسئله اصلی بیمار در یک رخداد اخیر زندگی است که بیمار تجربه کرده است و در این جلسه پرسش‌های درمانگر که پاسخی را که دریافت می‌کند می‌تواند به ظرفیت سازش یافتگی «من» بیمار و ماهیت مشکل بیمار را مشخص سازد. در بحث ارزیابی ظرفیت ایگوی بیمار، درمانگر الگوی همخوان با خود و ناهمخوان با خود را تشخیص داده و به بیمار در هضم آن کمک می‌کند.
دوم	درمانگر پس از تقاضای توضیح بیشتر بیمار درباره مشکل خود، فشار درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ‌های بیمار به تدریج مرحله دوم توالی پویایی آغاز می‌شود که با توجه به بررسی عینی‌تر مشکلات و تمارضات درونی بیمار، دفاع‌های بیمار بیشتر فعال می‌شود. که در این حالت درمانگر می‌کوشد تا با فشار به با طرح سوالات پویایی در دیوار دفاعی بیمار و کمک کند و احساسات واقعی وی را با تمامی مولفه‌هایش افشا سازد. درمانگر به بیمار کمک می‌کند که بفهمد که احساساتی را در درون خود تجربه می‌کند و احساساتی را که نسبت به افراد کنونی زندگی بیمار در مثلث شخص تجربه شده در مثلث تعارض و رابطه آن را با اضطراب و دفاع‌های فعال شده توسط درمانگر و بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد.

معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۳۹ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۹ نفر در گروه روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و ۲۰ نفر در گروه کنترل). معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: افراد باید حداقل ۶ ماه پاک‌ی از مواد داشته باشند، افراد نباید تحت درمان متادون باشند، سن بالای ۲۵ سال، میزان سواد دیپلم به بالا، قبل از اعتیاد سابقه افسردگی عمده و سایر اختلالات حاد روانی نداشته باشند و افراد از سلامت جسمی کامل برخوردار باشند. معیارهای خروج شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی، رخ دادن هرگونه بیماری جسمی که مانع ادامه جلسات درمانی شود و لغزش و استفاده از هرگونه مواد مخدر بود. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه پیش بینی از بازگشت رایت^۱: یک مقیاس خود سنجی ۴۵ سؤالی ارائه شده توسط رایت، بک و نیومن^۲ در سال ۱۹۹۳ است. هر سؤال شامل یک موقعیت فرضی است که شدت نبرومندی میل به مصرف مواد در آن موقعیت خاص و احتمال مصرف مواد در آن موقعیت را می‌سنجد و هر کدام از این دو قسمت در هر سؤال بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، نمرات بین ۰-۴ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد و کسب نمره بالاتر نشان دهنده احتمال بیشتر عود و بازگشت در فرد است. رایت و همکاران (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش دادند و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی ساختار آن را با نشان دادن شاخص‌های برازش مناسب مورد تایید قرار دادند. در پژوهشی در ایران، قابلیت اعتماد برای این مقیاس با روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ گزارش شده است. همچنین نشان داده شد که ضریب همبستگی ۰/۶۴ حاصل از بررسی روابط بین گویه‌های پرسشنامه پیش بینی از بازگشت، گویای روایی آن است (محرابی، نشاط دوست و مولوی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ^۴ در سال ۲۰۰۶ برای بررسی تنظیم شناختی هیجان ساخته شد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) بر حسب ۹ زیرمقیاس خودسرنش‌گری؛ دیگرسرنش‌گری؛ تمرکز بر فکر و نشخوارگری؛ فاجعه‌نمایی، فاجعه‌آمیزپنداری؛ کم‌اهمیت‌شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای سازش‌نیافته و راهبردهای سازش‌نیافته تقسیم می‌شوند. راهبردهای سازش‌نیافته از زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت‌شماری (سوال‌های ۱۳ و ۱۴)؛ تمرکز مجدد مثبت (سوال‌های ۷ و ۸)؛ ارزیابی مجدد مثبت (سوال‌های ۱۱ و ۱۲)؛ پذیرش (سوال‌های ۳ و ۴)؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سوال‌های

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
4. Garnefski & Kraaij

1. Wright's relapse prediction questionnaire
2. Wright, Beck & Newman

سوم

هنگامی که به واسطه جلسات قبلی که پرسش از مشکل بیمار و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات صورت گرفت سیستم‌های دفاعی در بیمار فعال می‌شوند و درمانگر در این جلسه از طریق چالش با آنها وارد مرحله واری و تحلیل دفاع‌ها می‌شود. از آنجا که هدف این روش، ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین حدی است که فرد توانایی آن را دارد، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات باید مشخص شده مورد چالش قرار گرفته و خنثی می‌شوند. فعالیت‌هایی از قبیل شناسایی و روشن‌سازی دفاع‌ها، برانگیختن بیمار بر ضد دفاع‌های فعال شده و چالش با دفاع‌های شناسایی شده با توجه به آستانه تحمل اضطراب توسط بیمار اقدام می‌شود. ملاحظاتی فنی برای چالش عبارتند از اشاره کردن، روشن کردن، شبه ایجاد کردن مورد تردید قرار دادن، مقابله کردن و درک کردن یک دفعه به سبکی که دال بر نگاه نافذ احترام به راهبردهای دفاعی بیمار می‌باشد که می‌تواند هم به بیمار برای دست برداشتن از دفاع‌ها کمک کنند و هم در برافراشتن مقاومت انتقالی تأثیر بسزایی دارد.

چهارم

درمانگر با آگاهی از انواع دفاع‌ها و به محض مشاهده کردن آنها، به شناسایی و روشن‌سازی آنها می‌پردازد و ماهیت آنها را برای بیمار روشن می‌کند تا متوجه شود با این دفاع‌ها چگونه به خودش آسیب می‌رساند. همزمان با افزایش تنش درون روانی بیمار، اشکال متعارض احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر به طرز گریزناپذیری نمایان می‌شود. علائم انتقال به صورت کلامی و غیرکلامی خودشان را نشان می‌دهند. درمانگر با مشاهده این علائم قوی‌ترین مداخله‌رسانی را که درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی است را به کار می‌گیرد. این مداخله تنش بین دو نیروی متعارض جاری را در بیمار به حداکثر خود می‌رساند که هدف قرار دادن پیمان درمانی و بسیج آن بر ضد مقاومت بیمار است در این جلسه درمانگر کمک می‌کند که بیمار احساسات انتقالی خود را در رابطه با خویش بسنجد و دست از برخی از دفاع‌هایی که ماهیت خود تخریبی دارند بردارد.

پنجم

دستیابی به مواد ناهوشیار بیمار، حاصل فشار و چالش بی‌امان و فعالانه با تسلیم مقاومت انتقالی بیمار است. درمانگر کمک می‌کند با فشار و چالش آفندر ادامه می‌دهد تا از ناهوشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه‌ها به سطح مشاهده شود. در اینجا درمانگر به جای تمرکز بر روی دفاع‌ها، لمس و تجربه مستقیم احساسات و تکانه‌ها را در انتقال کانون توجه قرار می‌دهد. برای رخنه کامل و لمس واقعی احساسات هر سه مولفه یک احساس (شناختی، فیزیولوژیک، حرکتی) باید به تجربه درآید. در این جلسه هم درمانگر احتمال فعال بودن هر نوع دفاعی را واری می‌نماید.

ششم

درمانگر آنچه در جلسات قبل انجام شده را باید در این جلسه به یکدیگر پیوند زند تا تحکیم رخ دهد با استفاده از شناخت، بینش و تحلیل بیمار متوجه می‌شود که آنچه را که تجربه کرده، درک کند و ارتباط آن را با مسائل واقعی جاری زندگی متوجه شود. با توجه به این که احساسات انتقالی معمولاً پیچیده هستند درمانگر کمک می‌کند که خشم که اولین لایه از احساسات انتقالی است را به دنبال آن احساس گناه و سپس اندوه و در نهایت نیز عشق و صمیمیت است را مراجع تجربه کند. درمانگر کمک می‌کند بیمار با افشای آزادانه احساسات انتقالی عامل اصلی بازگشایی ناهوشیار است و در اثر آن خاطرات و تداعی‌های از گذشته در ذهن بیمار جاری شود. افت شدید تنش و غلبه پیمان درمانی ناهوشیار بر مقاومت را در این مرحله می‌توان مشاهده کرد. پس از شکست مقاومت و رخنه درمانگر تحلیل مواد ناهوشیار با استفاده از دو مثلث شخصی و متعارض را برای بیمار شفاف می‌سازد. درمانگر برقراری ارتباط و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش را برای بیمار شفاف‌سازی می‌کند. در این جلسه و مرحله درمانگر با تقویت بینش به استحکام تغییر در رفتار بیمار کمک می‌کند.

هفتم

در این جلسه درمانگر پس از تحلیل نظام دار انتقال و دو مثلث متعارض و شخصی، به کاوش در روابط کنونی و گذشته بیمار می‌پردازد. کاوش‌ها به صورت پویایی انجام می‌شود. در این مرحله درمانگر با استفاده از مثلث متعارض و شخصی به تحلیل مواردی که بیمار افشا می‌کند می‌پردازد.

هشتم

به جمع‌بندی تمام محتوای درمانی اختصاص می‌یابد بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن سازوکارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با متعارض درونی خود و مطرح شدن ساز و کارهای دفاعی در رابطه تعاملی با دیگران و مشکلات موجود در ارتباط مواردی هستند که به واسطه درمانگر و خود بیمار مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

روش اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدا برای اخذ کد اخلاق در پژوهش از سوی دانشگاه و کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم با مرکز مشاوره باوری نو اقدام شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش زمانی که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می‌کند، لحاظ شد. در ابتدا در طی یک جلسه توجیهی در رابطه با اهداف و روند پژوهش و نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد. همچنین از شرکت‌کنندگان گروه مداخله و کنترل خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در ادامه از گروه‌های مداخله درخواست شد در روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت شرکت کنند و از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این دوره در لیست انتظار بمانند. پروتکل روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت به صورت هفتگی و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره باوری نو برگزار شد. شرکت‌کنندگان در ابتدا و پس از اتمام مداخله پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌های در گروه روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب $31/19 \pm 10/32$ و $30/27 \pm 9/34$ است. میانگین مدت زمان اعتیاد آزمودنی‌های در گروه روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب $6/92 \pm 4/85$ و $7/08 \pm 4/13$ بود. در گروه روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و گروه کنترل به ترتیب ۱۰ نفر (۵۲ درصد) و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) مجرد بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	موقعیت	گروه روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
تنظیم هیجان سازگارانه	پیش آزمون	۲۸/۸۹	۷/۷۸	۶/۴۷
	پس آزمون	۳۷/۰۰	۱۱/۱۰	۵/۳۳
تنظیم هیجان ناسازگارانه	پیش آزمون	۳۰/۵۲	۶/۷۷	۵/۹۵
	پس آزمون	۲۱/۸۸	۴/۵۰	۵/۸۰
پیشگیری از عود	پیش آزمون	۸۷/۶۲	۱۷/۱۰	۱۹/۷۳
	پس آزمون	۴۷/۶۴	۱۹/۸۷	۱۶/۵۲

به منظور مقایسه تفاوت نمرات راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود بر حسب منبع اثرات مربوط به گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای آزمون نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و با توجه به اینکه نتایج این آزمون در مورد متغیرهای مورد بررسی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، می‌توان گفت که داده‌ها توزیعشان نرمال است. جهت سنجش برابری واریانس خطای متغیر مورد بررسی از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به نتایج، از آنجا که سطح معناداری آماره F بزرگ‌تر از مقدار آلفا به دست آمد، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است. نتایج آزمون M باکس نشان داد که برای مراحل پیش آزمون و پس آزمون، ماتریس کوواریانس راهبردهای تنظیم هیجان در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت که نتایج آن در ۳ آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان را در بین گروه‌ها، بر حسب اثرات گروه مورد مقایسه قرار می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان

اثر	آزمون	ارزش F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۱۴/۵۶	۲	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	لامبدای ویکلز	۱۴/۵۶	۲	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	اثر هتلینگ	۱۴/۵۶	۲	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	بزرگترین ریشه روی	۱۴/۵۶	۲	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی متغیرهای وابسته ایجاد شده تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۰/۵۰$ ، λ امبدای ویکلز، $p<۰/۰۵$ ، $F=۱۴/۵۶$). برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در مولفه‌های تنظیم هیجان

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	تنظیم هیجان ناسازگارانه	۲۵۴/۱۱	۱	۲۵۴/۱۱	۸/۹۴	۰/۰۰۵	۰/۳۲
	تنظیم هیجان سازگارانه	۵۵۱/۳۷	۱	۵۵۱/۳۷	۲۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴
گروه	تنظیم هیجان ناسازگارانه	۸۴/۴۴	۱	۸۴/۴۴	۰/۹۷	۰/۰۹۵	۰/۰۸
	تنظیم هیجان سازگارانه	۲۲۵/۶۳	۱	۲۲۵/۶۳	۱۰/۰۱	۰/۰۰۳	۰/۳۴
خطا	تنظیم هیجان ناسازگارانه	۸۸۰/۵۳	۳۱	۲۸/۴۰			
	تنظیم هیجان سازگارانه	۶۹۸/۲۹	۳۱	۲۲/۲۵			
کل	تنظیم هیجان ناسازگارانه	۱۰۰۴/۹۷	۳۴				
	تنظیم هیجان سازگارانه	۱۳۶۴/۴۰	۳۴				

طبق نتایج جدول ۴، بعد از کنترل اثر پیش آزمون‌ها بر روی نمره پس آزمون، اثر گروهی در مولفه تنظیم هیجان سازگارانه پس آزمون‌ها معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، در نمرات پس آزمون مولفه راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه، بین میانگین‌های گروه‌های روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر گروه بر این متغیر ۲۴٪ می‌باشد و بنابراین اثر گروه (مداخله) توانسته است ۲۴ درصد از تغییرات نمرات راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه را تبیین نماید. طبق نتایج جدول داده‌های خام می‌توان متوجه شد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت موجب افزایش راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه در گروه آزمایش شده است ($P<۰/۰۵$). جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش آزمون‌ها بر روی نمره پس آزمون، اثر گروهی در نمرات پس آزمون راهبردهای تنظیم

هیجان ناسازگارانه معنی‌دار نشده است و در نمرات پس آزمون راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه، بین میانگین‌های گروه‌های روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در پیشگیری از عود

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	معناداری	ضریب اتا
پیشگیری از عود	پیش آزمون	۲۵۹/۱۱	۱	۲۵۹/۱۱	۱۰/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۲۳
گروه		۸۸۲۷/۶۷	۱	۸۸۲۷/۶۷	۳۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰
خطا		۸۶۹۴/۱۵	۳۵	۲۴۸/۴۰			
کل		۲۰۲۰۵/۸۹	۳۷				

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون پیشگیری از عود معنادار است ($F=35/53, P=0/001$). به طوری که بعد از روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت، نمرات پیشگیری از عود در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود معنادار داشته است. اندازه اثر گروه بر متغیر پیشگیری از عود ۵۰٪ می‌باشد و بنابراین اثر گروه (مداخله) توانسته است ۵۰ درصد از تغییرات پیشگیری از عود را تبیین نماید.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و پیشگیری از عود مصرف کنندگان دارو در حال بهبودی انجام شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت موجب بهبود راهبرد سازگارانه تنظیم هیجان و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان دارو در حال بهبودی شده است.

بر اساس یافته مطالعات متعدد، افراد با رو آوردن به مواد و اعتیاد به آن، راهی را برای فرار از تعارضات هیجانی دردناک و غیرقابل تحمل خود که برخاسته از آسیب‌های عاطفی و هیجانی تجربه شده در دورانی از گذشته است پیدا می‌کنند (راکو و همکاران، ۲۰۲۱). گفته می‌شود افراد معتاد با رفتار اعتیادی خود به طرق مختلف از جمله فراموشی رویداد تجربه شده، تخیل‌گرایی و فاصله‌گیری از واقعیت، در واقعیت‌های موجود، نیازها و هیجانات واقعی خود تحریف ایجاد کرده و بدین طریق با فرار از واقعیت، از خود محافظت می‌کنند (راسل و همکاران، ۲۰۱۶). روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر این باور استوار است که بیمار به خاطر آسیب‌های عاطفی و هیجانی و یا مشکلات ارتباطی گذشته و تجارب ناکام‌کننده سعی دارد با توسل به مکانیسم‌های دفاعی، از واقعیت فاصله بگیرد و با تکیه بر ابعاد ذهنی خود و تخیل‌گرایی از خود در برابر این آسیب‌ها دفاع کند که نتیجه آن گرایش به الگوهای رفتاری ناسالم از جمله اعتیاد است (تاون و درینسن، ۲۰۱۳). بدین طریق می‌توان امیدوار بود در یک فرد معتاد، در فرایند رویکرد درمانی فشرده و کوتاه مدت از طریق کمک به وی برای مواجهه با ناهوشیاری و همچنین هیجانات منفی سرکوب شده از جمله خشم، زمینه

اصلاح سبک‌های دفاعی و در نتیجه شفای درونی فراهم شود و گرایش به مصرف مواد به عنوان ابزاری برای تسکین موقت احساسات دردناک کاهش یابد. در این روش درمانی بر اصول آزاد کردن احساسات نهفته بیمار، تفسیر مقاومت، توجه به رابطه انتقالی و ارتباط دادن آن به روابط جاری و گذشته تاکید می‌شود (اباس و همکاران، ۲۰۱۵) و بیمار تشویق می‌شود تا با یادآوری خاطرات دردناک گذشته، با احساسات و هیجانات واقعی خود ارتباط برقرار کند، نسبت به آنها آگاهی یابد و با واقعیت‌های هیجانی خود مواجهه شود (اباس و تاون، ۲۰۲۱). وقتی در فرایند روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت شرایطی فراهم شود تا فرد احساسات واقعی خود را در مورد گذشته، حال و همچنین در مورد افراد مهم زندگی اش را بیان کند، بیمار قادر خواهد بود تا نسبت به عوامل ناهشیار دخیل در شکل‌گیری رفتار اعتیادی و ناسالم خود و احساساتی که راه انداز این رفتارها هستند آگاهی یابد و این نقطه آغاز حرکت بیمار برای مواجهه شدن با واقعیت، تماس با هیجانات، تجربه آنها و کنار آمدن با خاطرات دردناک گذشته است (پانزی و لیندگرن، ۲۰۱۹). در نتیجه، بیمار با پذیرش و تجربه تعارضات درون روانی و احساسات دردناک ناشی از آسیب‌های عاطفی و هیجانی گذشته در جهت بهبود هیجانات تجربه شده، روابط بین فردی و عملکرد کلی حرکت می‌کند و بنابراین دیگر لازم نیست با فرار از این واقعیات دردناک به مصرف مواد پناه ببرد و این به معنای کاهش گرایش به مواد و احتمال عود است (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۷).

همچنین روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر توجه لحظه به لحظه و بدون قضاوت به زمان حال و دریافت و پردازش محرک‌های کنونی و سیگنال‌های بدنی تمرکز دارد و این را راهبردی برای حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی می‌داند (پانزی و لیندگرن، ۲۰۱۹). شواهد حاکی از آن است که افراد ذهن آگاه در پاسخ به عوامل محیطی تأمل‌گرایانه و حساب شده عمل می‌کنند و بنابراین کمتر در معرض انتخاب گزینه‌های نادرست و رفتارهای پرخطر هستند. همچنین، یکی از اثرهای سودمند ذهن آگاهی، بالا بردن توان افراد برای خودنظم‌دهی است و خودنظم‌دهی نیز از عوامل مؤثر در حفظ سلامتی معتادان و کنترل خود در برابر وسوسه به مصرف مواد است و در فرایند پیشگیری از عود عامل مهمی به حساب می‌آید. بنابراین آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و آموزش آن باعث نظم بخشی به احساسات روانی و جسمانی می‌شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (راسل و همکاران، ۲۰۱۶) و این در نهایت با بهبود تنظیم هیجان و کاهش ولع مصرف مواد در افراد مصرف کننده دارو همراه است. بنابراین اصول و فنون بکار گرفته شده در بستر روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت با تسهیل فرایند کاهش تعارضات درون روانی به افراد برای کنار گذاشتن سبک‌های دفاعی و مواجهه با واقعیت و تجربه عواطف و هیجانات ناشی از آن کمک می‌کند که نتیجه آن می‌تواند به صورت مهارت یافتن در تنظیم هیجانات و پیشگیری از عود در افراد مصرف کننده دارو نمایان شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر بهبود تنظیم هیجان و پیشگیری از عود معتادین در حال بهبودی

منابع

دارای اثربخشی مناسبی است. بنابراین در حوزه درمان و پیشگیری از اعتیاد می توان از روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت برای کاهش مشکلات هیجانی افراد در معرض خطر و در نتیجه کاهش گرایش به اعتیاد کمک گرفت. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که جامعه آماری شامل معتادین در حال بهبودی شهر یزد بود و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. علیرغم گمارش تصادفی شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل، ممکن است متغیرهایی همچون سن و مدت زمان اعتیاد که کنترل نشده‌اند، موثر بوده باشند. محدودیت دیگر این بود که ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بوده است. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری وسیع‌تر، کنترل متغیرهای احتمالی و استفاده از روش‌های دیگری به غیر از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها صورت پذیرد.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از رساله دکتری روانشناسی است. نویسندگان از شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی دارند.

احمدی، فرشاد، وطن خواه امجد، فرزانه، کاظمی رضایی، علی و محمدی، سماء. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغ‌دیده ناشی از بیماری کووید ۱۹. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۱۰ (۳)، ۸۱-۶۹

امین آبادی، زهرا، دهقانی، محسن، خداپناهی، محمد کریم. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *نشریه علوم رفتاری*، ۱۳ (۱)، ۶۲-۷۴.

برجلی، احمد، اعظمی، یوسف و چوپان، حامد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان‌خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر. *روان شناسی بالینی*، ۸ (۲)، ۴۲-۳۲.

برهانی، عبدالله، مرادی علیرضا، اکبری مهدی، میرانی، روزین. (۱۳۹۶). اثربخشی راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۵ (۲)، ۳۰-۲۱.

خدابخش، محمدرضا و کیانی، فریبا. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰ (۲)، ۵۱-۴۴.

رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن. (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *روانشناسی کاربردی*، ۱۱ (۱)، ۵۷۹-۵۹۶.

سهرابی، فرامرز و ناطقی، محبوبه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۱ (۵)، ۲۴-۳۶.

صداقت زاده، آرش، ایمانی، سعید و شکری، امید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۹)، ۲۶۸-۲۴.

طاهری فرد، مینا، بشرپور، سجاد، حاجلو، نادر، نریمانی، محمد و علیزاده گورادل، جابر. (۱۴۰۰). مدل‌یابی عود مصرف مواد بر اساس تصمیم‌گیری پرخطر، سوءگیری توجه و حساسیت به پاداش: با نقش میانجی ولع مصرف: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۰ (۷)، ۷۶۶-۷۴۷.

محرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ و مولوی، حسین. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی گروه درمانی ساختار یافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *نشریه علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴، ۴۸-۵۵.

مرادیان، فرشید، حسینی، جعفر، صالحی، مهدیه، آذین، سید علی و کشاورزی ارشدی، فرناز. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کژکاری‌های جنسی زنانه مقاوم درمان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶ (۱)، ۳۱-۲۱.

موسوی، سیده مریم، دشت بزرگی، زهرا، حیدرئی، علیرضا، پاشا، رضا و برنا، محمدرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر خودشفقتی و تنظیم هیجان در مردان وابسته به مواد. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۷ (۱)، ۷۶-۶۵.

- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 398-413.
- Abbass, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J., & Johansson, R. (2015). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry research*, 228(3), 538-543.
- Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors*, 90, 222-228.
- Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. (2020). Wellness, emotion regulation, and relapse during substance use disorder treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 17-28.
- Estévez, A. N. A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-544.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 61, S10-S17.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. D. A., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 1-12.
- McRae, K., Rhee, S. H., Gatt, J. M., Godinez, D., Williams, L. M., & Gross, J. J. (2017). Genetic and environmental influences on emotion regulation: A twin study of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Emotion*, 17(5), 772.
- Omran, M. P. (2011). Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open journal of psychiatry*, 1(3), 106-109.
- Otonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., & Torselli, E. (2019). Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 2917.
- Punzi, E., & Lindgren, K. (2019). Relationships, emotions, and defenses among patients with substance use disorders, assessed with Karolinska Psychodynamic Profile: Possibilities to use Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in substance abuse treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(4), 481-496.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., ... & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(1).
- Russell, L. A., Abbass, A. A., Allder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., & Town, J. M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17-19.
- Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatric Annals*, 43(11), 502-507.
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical psychology review*, 76, 101826.
- Wright, F. D., Beck, A. T., & Newman, C. F. (1993). Cognitive Therapy of Substance. Behavioral treatments for drug abuse and dependence, 5(2), 113-123.