

## The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in Dissociative Experiences, Object Relations and Delayed Reward Discounting in Patients with Substance Use Disorders and Addiction

Ahmadi, F., Goodarzi, \*M.A., Kazemi Rezaei, S.A.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) in the domain of dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction.

**Method:** This study was a semi-experimental research conducted in the form of pretest-posttest with control group. The sample of this study included 30 males with substance abuse disorder in the addiction treatment clinics in Marivan city of Iran. Patients were selected by an experienced psychiatrist and Structured Clinical Interview. Patients were randomly assigned either experimental (n=15) or control groups (n=15). Participants completed the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II), Bell's object relation inventory (BORI) and the Monetary-Choice Questionnaire (MCQ) in the pretest and posttest. The experimental group received the ISTDP for fifteen 90-minute sessions. Data were analyzed by multivariate covariance.

**Results:** The findings of this study showed that ISTDP after 15 sessions had significant effects on dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting of the experimental group compared to the control group.

**Conclusion:** The results of the current study showed that ISTDP was an effective strategy to improve the symptoms of dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction and can be used as an effective therapeutic approach.

**Keywords:** substance use, dissociative experiences, object relations, delayed reward discounting, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.

## اثربخشی روان‌درمانی پویای فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) در تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

فرشاد احمدی<sup>۱</sup>، محمدعلی گودرزی<sup>۲</sup>، سیدعلی کاظمی رضایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویای فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) در زمینه تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه این پژوهش ۳۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مریوان بودند که توسط روان‌پزشک مرکز و مصاحبه ساختاریافته انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) گمارده شدند و مقیاس تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و پرسشنامه انتخاب پاداش را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. گروه آزمایش تحت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی درمان پویای فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویای فشرده کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، پس از ۱۵ جلسه مداخله، اثر معنی‌داری در کاهش خرده مقیاس‌های تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پویای فشرده کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، راهبردی مؤثر در بهبود علائم تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد می‌باشد و می‌توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

**واژه‌های کلیدی:** مصرف مواد، تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی، نادیده‌انگاری پاداش تأخیری، روان‌درمانی پویای فشرده کوتاه‌مدت.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## مقدمه

مصرف مواد از مهمترین معضلات سلامت در سال‌های اخیر در سطح جهانی و یک پدیده مزمن و عود کننده است. ویژگی هر یک از انواع اختلالات سوء مصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم روانشناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که مصرف‌کنندگان مواد با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوء مصرف مواد، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. سوء مصرف‌کنندگان مواد از نرخ بالای بیماری‌های پزشکی از جمله مشکلات قلبی عروقی، درد قفسه سینه، اچ آی وی، ویروس هپاتیت س، عفونت باکتریایی و همچنین اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب، شخصیت ضد اجتماعی، استرس پس از سانحه، قمار و اختلال سلوک رنج می‌برند (۱).

با توجه به وجود مشکلات گسترده ناشی از مصرف مواد، پژوهش‌های گوناگونی در زمینه سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان مصرف مواد صورت گرفته و نشان داده‌اند که اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است و عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، ژنتیکی و روانی در این زمینه دخیل است. اما علی‌رغم تلاش‌های روز افزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد آمارهای فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه عود، شیوع مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (۲). توجه به عوامل چند وجهی گوناگون و پدید آوردن مدل‌های درمانی مختلف اگر چه سودمند بوده، اما به دلیل نادیده گرفتن این عوامل و پژوهش‌ها از منظر دنیای درون‌روانی افراد، می‌تواند به عنوان یکی از عوامل احتمالی به وجود آمدن میزان بالای عود و شیوع گسترده مصرف مواد باشد؛ لذا بررسی عوامل درون‌روانی و خانوادگی از جمله احساسات، امنیت، کیفیت روابط والد - کودک، نادیده گرفتن خود<sup>۱</sup> و ترومای دلستگی<sup>۲</sup> در افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر، از دیدگاه روان‌پویشی ضروری است. براساس تحقیقات صورت گرفته کیفیت نامناسب روابط مادر - کودک و ترومای دلستگی در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر نقش دارند (۳). به عبارتی از عوامل درون‌روانی و بین فردی مؤثر در گرایش افراد به

سوی مصرف مواد، تروما بخصوص ترومای ارتباطی است که در چند سال اخیر مرکز اصلی پژوهش‌ها قرار گرفته است (۴).

الیزابت و ایسکوتز (۴) معتقد هستند هنگامی که کودکی در طول دوره تحولد چار ترومای ارتباطی می‌شود؛ برای ارضای نیازهایش به درون خود پناه می‌برد و به خود متکی می‌شود. درواقع، به خودتخریبی دست می‌زند. به عبارت دیگر، کودک به جای تمرکز بر واقعیت‌های بیرونی، نیازها و جنبه‌های بدنی خود، بر روی جنبه‌های ذهنی خویش تمرکز می‌نماید (۴)؛ بنابراین، این فرآیند خودتخریبی با تمرکز بر جنبه‌های ذهنی را می‌توان تحت عنوان تجارب تجزیه‌ای<sup>۳</sup> بررسی نمود.

سطوح تجارب تجزیه‌ای بسیار گسترده است و انواع گوناگون اختلالات را به دنبال دارد (۴). به عبارتی، کلمه گسستگی (تجزیه)<sup>۴</sup> اشاره به یک فرآیند ذهنی دارد که به موجب آن فرد از احساسات، افکار، خاطرات یا هویت خود جدا می‌شود. گسستگی یک پاسخ متداول به تروماست و تروما به حوادثی اطلاق می‌شود که در ذهن قابل جذب نیست و اگر واقعه آسیب‌زا با دیگر تجربیات افراد نتواند مرتبط شود؛ نتیجه تروما گسستگی خواهد بود (۵).

براساس پژوهش‌ها (۴) افراد مبتلا به مصرف مواد که ترومای ارتباطی مختلفی را تجربه نموده‌اند، در کسب نیازهای هیجانی خود ناتوان بوده و برای جبران نیازهایشان و فرار از پیامدهای ناشی از تروما به گسستگی (تجزیه) پناه می‌برند. در واقع، افراد مصرف‌کننده مواد به نوعی از دفاع گسستگی استفاده می‌کنند تا هشیاری خود را به دو قسمت<sup>۵</sup> تبدیل نموده و ارتباط بین ذهن و بدن خود را قطع کنند؛ به گونه‌ای که قسمتی از هشیاری فرد مصرف‌کننده متوجه پیامدهای مصرف مواد نشود و این گونه بتواند بدون آینده‌نگری به سمت مواد گرایش پیدا کند (۴).

پژوهش‌های ناجاویتس و والش (۶) نشان داده است که افراد دارای تجارب تجزیه‌ای سطح بالا انتظار دارند که از طریق مصرف مواد بتوانند علائم روان‌پزشکی خود را مدیریت نمایند به علاوه، این پژوهش نشان داده که افراد با سطح گسستگی زیاد علائم مربوط به تروما، سابقه سوءاستفاده

3. dissociative experiences  
4. dissociation  
5. splitting

1. self neglect  
2. attachment trauma

عاطفی و غفلت جسمی بیشتر در تاریخچه کودکی خودگزارش نموده‌اند (۶). برخی از پژوهش‌ها نیز گزارش کرده‌اند که مصرف مواد به عنوان نوعی دفاع گسستگی عمل می‌کند. در واقع، به عنوان ابزاری برای جلوگیری از احساسات و خاطرات مرتبط با تروما سازگارانه است. از طرفی گسستگی ناشی از ترومای اولیه با اختلالات شناختی مرتبط با مصرف مواد و ترک آن نباید اشتباه در نظر گرفته شود (۷). به طور کلی پژوهش‌ها نشان داده افرادی که خلاء درون روانی بیشتری دارند و به عبارتی محروم از سبک دلبستگی ایمن هستند، تحمل و جذب تجربه دردناک برایشان دشوارتر است؛ لذا سطح تجارب تجزیه‌ای در آنان بالاتر از افراد عادی است و گرایش به مصرف مواد در آنان بیشتر است. سطح بالاتر تجارب تجزیه، نتیجه تروما بخصوص ترومای ارتباطی و رابطه ناامن بین کودک مراقب سبب بی‌اعتمادی، ناهماهنگی و نارضایتی هیجانی و شناختی در روابط بعدی کودک می‌شود (۸). شکل‌گیری رابطه بین کودک و مراقبش را می‌توان تحت عنوان روابط با دیگران یا به اصطلاح دقیق‌تر روابط موضوعی نیز توضیح داد.

روابط موضوعی را می‌توان بازنمایی‌های<sup>۱</sup> فرد از خود و دیگران و عواطف همراه این بازنمایی‌ها یا به عبارتی ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف کرد که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد (۴). این بازنمایی‌ها به عنوان الگو برای تجربه‌های کنونی عمل می‌کند و با رشد طبیعی پیچیده‌تر، تمایز یافته‌تر و منعطف‌تر می‌شود. برعکس، آسیب روانی به صورت توقف یا آشفستگی در تحول این الگوهای رشد است. آشفستگی‌های روابط موضوعی پایه‌های امنیت شخصی و روابط بین فردی را متزلزل می‌کند و این نیز به نوبه خود منجر به افزایش آسیب‌پذیری در برابر تجارب تجزیه‌ای، اضطراب، تکانشگری و سوء مصرف مواد می‌شود. در افراد مبتلا به مصرف مواد، بازنمایی‌هایشان از دیگران مخصوصاً مراقبان، ممکن است به صورت بازنمایی‌های کودک یک ماهه از مادر خود به صورت دفاع دو نیمه کردن<sup>۲</sup> باشد. همان‌گونه که عدم ارضای طولانی مدت کودک موجب می‌شود که سینه مادر مورد تحریکات آزارگرانه دهانی کودک قرار گیرد، در یک فرد معتاد نیز به سبب عدم وجود

مصرف ماده یک شی یا یک فرد مورد علاقه در عرض چند ثانیه به یک فرد منفور تغییر خواهد یافت (۹). از دیدگاه روابط موضوعی ایده‌آل‌سازی‌های کودک در مورد مادر شبیه ایده‌آل‌های یک معتاد در مورد مواد مخدر است که مانع شکل‌گیری عملکردهای عادی روانی می‌شود. در نتیجه، هنگامی که فرد از دفاع‌های سطح پایین از جمله گسستگی و یا دو نیمه کردن استفاده می‌کند، مختل شدن روابط بین فردی را به همراه دارد به گونه‌ای که فرد هنگام تجارب تجزیه‌ای غرق در دنیای درون روانی خود می‌شود و این پسرقت روانی و درخود فرو رفتگی نیز در زندگی بیرونی، کار و حرفه فرد اتفاق می‌افتد. در نتیجه، فرد مصرف‌کننده مواد در مواجهه با خالی بودن دنیای درون روانی خود و نادیده گرفتن واقعیت‌های بیرونی به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کند (۱۰). پژوهش‌های واسکا (۱۱) در این زمینه نشان داد که مبتلایان به سوء مصرف مواد دارای روابط موضوعی اولیه بدون کیفیت و ویژگی‌های ترس از ترک، گزند، آسیب و به علاوه فانتزی‌های آسیب به موضوع خود هستند. به طور کلی، ناتوانی کودک در نمادسازی<sup>۳</sup> روابط اولیه خود با مادرش به عنوان یک سیستم، روابط بعدی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد به گونه‌ای که ظرفیت برقراری ارتباط و خویشن‌داری در وی ناچیز و به علاوه در زمینه تأخیر در ارضای نیازها نیز ناتوان خواهد بود. بنابراین، این ناتوانی‌ها بستری برای گرایش فرد به سوی مصرف مواد را فراهم می‌نماید (۱۱). لذا، گسستگی تجربیات ذهنی، ارتباط ناامن و غوطه‌ور شدن فرد معتاد در فانتزی‌های بی‌پایانش در مورد مواد مخدر، سبب ناتوانی وی در به تأخیر انداختن لذت و عدم خود کنترلی می‌شود. این نوع از ناتوانی در به تأخیر انداختن نیازها، بازداری‌زدایی و عدم خود کنترلی را تحت عنوان نادیده‌انگاری پاداش تأخیری<sup>۴</sup> می‌توان توصیف نمود.

نادیده‌انگاری پاداش تأخیری یک شاخص اقتصادی رفتاری برای تصمیم‌گیری تکانشی است (۱۲). در واقع، افراد مبتلا به اعتیاد در نادیده گرفتن و چشم‌پوشی از پاداش‌های آنی و فوری دچار نقص هستند و پاداش‌های بزرگ‌تر و بیشتر که در آینده قرار است دریافت کنند را فدای پاداش‌های کوچک‌تر آنی و فوری می‌کنند. نادیده‌انگاری پاداش تأخیری

3. symbolization

4. delayed reward discounting

1. representation

2. splitting

روان‌درمانی‌های پویایی فشرده کوتاه‌مدت، از طریق فعالیت‌های مالان، سیف‌نوس، دوانلو، پولاک، هورنر و دی‌جانگ تکامل یافت (۱۹). وجوه مشترک مداخله روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (۲۰). موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری صحیح فنون سبب می‌شود تا بیمار در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت‌روان بیشتری را به دست آورد (۱۹). اثر بخشی درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت را به‌طور کلی بر افسردگی، اختلالات اضطرابی، شخصیت، جسمانی‌سازی و روان‌پریشی نشان داده و کاهش هزینه‌های درمانی و نگهداری از بیماران را در جامعه نوید داده‌اند (۲۱). با توجه به آشفتگی‌های هیجانی ناشی از ترومای دلبستگی و کیفیت پایین روابط موضوعی و نقش آن در تداوم اختلالات روانشناختی (۴) ارتباط میان ابرازگری هیجانی و شاخص‌های سلامت‌روانی و جسمی و تأکیدی که درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت بر تجربه‌ی عمیق هیجانی در رابطه درمانی دارند (۲۲)، اثربخشی این درمان‌ها بر کاهش اختلالات شخصیتی و افسردگی (۲۳)، کاربرد وسیع ISTDP برای بیماران با مقاومت بالا و افرادی که ساختار شکننده دارند مؤثر بوده است. مطالعات متعددی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، همراه با ماندگاری طولانی و عود کم در اختلالات روانی را نشان داده‌اند (۲۴ و ۲۵).

اما علی‌رغم تلاش‌های روز افزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد آمارهای فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه عود، شیوع مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم و محدود پژوهش‌هایی در مورد اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به‌ویژه در ایران صورت گرفته است، لذا با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته توسط درزین و همکاران و شلدر، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش سبک دفاعی نابالغ از جمله گسستگی، کاهش مشکلات در روابط بین فردی (موضوعی) و مشکلات تکانشی و ناتوانی در تأخیر ارضای نیازها مؤثر بوده است (۲۲)

یکی از متغیرهایی است که در افراد معتاد بالاست. این متغیر این مفهوم را می‌رساند که برای پاداش‌های فوری کوچک‌تر نسبت به پاداش‌های تأخیری بزرگ‌تر اولویت بیشتری قائل است (۱۳). نادیده‌انگاری پاداش تأخیری یک شاخص برای میزان تمایل به تکانش‌گری، خودکنترلی، بازداری‌زدایی، سطح برانگیختگی و میزان تجربه و یا به تأخیر انداختن هیجان‌ها است. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب دارای رفتاری تکانشی هستند و پاداش‌های فوری را بیشتر انتخاب می‌کنند (۱۴). مطالعات نشان داده که نرخ نادیده‌انگاری تأخیری در افراد معتاد به‌طور فزاینده‌ای نسبت به افراد غیر معتاد بالاتر است (۱۵) و به‌اصح میزان نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد سیگاری بالاتر از افراد غیر سیگاری می‌باشد (۱۴) و همچنین میزان نادیده‌انگاری پاداش تأخیری بالا عامل خطری برای سیگاری شدن است. در پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده شده که افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و افرادی که سم‌زدایی کرده‌اند در مقایسه با افراد بهنجار سطح نادیده‌انگاری پاداش تأخیری بالاتری دارند (۱۶).

به‌طور کلی، افراد مبتلا به مصرف مواد که ترومای دلبستگی متفاوتی را تجربه نموده در پی کسب نیازهای هیجانی خود به‌دنیای درون روانی تهی خویش می‌خزند، اما با توجه به رابطه نامنی که داشته‌اند از واقعیت بیرونی نیز قطع امید می‌نمایند. بنابراین، برای محافظت از خود در مقابل حوادث غیر قابل تحمل، احساس وحشت و نابودی و تعارضات هیجانی، به گسستگی ذهنی و کسب لذات آنی از طریق مصرف مواد پناه می‌برند، به امید این که موجودیت خود را دوباره به دست بیاورند و از شرم، تحقیر، طرد، تعارضات هیجانی ناشی از روابط موضوعی ناسالم اولیه رهایی‌یابند (۱۷). اما از جمله رویکردهایی که با توجه لحظه به لحظه و فیدبک‌های بدنی برای حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی، طراحی و تدوین شده است، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌باشد (۱۸). براین اساس، اختلال مصرف مواد نیز نتیجه تعارضات هیجانی ناشی از ترومای دلبستگی از جمله طرد، بی‌اعتنایی، روابط ناسالم مادر و کودک و به علاوه دفاع‌های سطح پایین از جمله گسستگی می‌باشد.

## ابزار

۱. مقیاس تجارب تجزیه‌ای (DES-II): مقیاس تجارب تجزیه‌ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب گسستگی می‌باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و پاتنم ساخته شد (۲۶). این مقیاس شامل ۲۸ سؤال است. نشانه‌های تجزیه‌ای را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۹ نمره مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن و واقعیت با سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷ و ۲۸»، «فراموشی تجزیه‌ای با سؤالات ۳، ۴، ۸، ۱۰، ۲۵ و ۲۶» و «تخیل و جذب با سؤالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳» را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱ و ۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس‌ها قرار نمی‌گیرد (۲۷). برنشتاین و پاتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان نمود (۲۶). ادمن، نیبک و کورلین در پژوهشی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را نشان دادند (۲۸). در پژوهش بک و اولسون همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۹). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می‌شود (۲۶).

۲. مقیاس روابط موضوعی (BORI) بل (۳۰): این مقیاس شامل ۴۵ سؤال است که به صورت درست و نادرست نمره گذاری می‌شود (۱۴) و ۴ خرده مقیاس «دلبستگی ناایمن ۳»، «بیگانگی ۴»، «بی‌کفایتی اجتماعی ۵» و «خودمیان بینی ۶» را اندازه‌گیری می‌کند (۳۱). بل (۳۲) ضرایب اعتبار بازآزمایی چهار هفته‌ای زیر مقیاس‌های آن را ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی آنها را ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق سنجش همبستگی آن با مقیاس‌های دیگر مانند مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی مختصر (۳۳) و فهرست تجدیدنظر شده ۹۰ ماده‌ای نشانه‌های بیماری تأیید شده است. در ایران، در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی بل،

و در راستای پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر طیف وسیعی از نشانگان روانشناختی تأثیر دارد. از سوی دیگر، با توجه به این که دفاع تجارب تجزیه، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری از جمله متغیرهایی می‌باشند که هم در بروز و هم در تداوم این اختلال نقش دارند، این موضوع اهمیت می‌یابد که در پژوهش‌های منسجم، تأثیر مداخله‌های روانشناختی بر میزان تجارب تجزیه، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مصرف‌کننده مواد سنجیده شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) بر تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد طراحی گردید.

## روش

**طرح پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به مصرف مواد که در بازه زمانی اوایل اردیبهشت ۱۳۹۹ تا اواخر تیر ۱۳۹۹ به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مریوان مراجعه کرده بودند، شامل می‌شود. از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره گمارش شدند. میانگین تعداد نمونه سه پژوهش صورت گرفته قبلی حجم نمونه این پژوهش را تعیین نموده است (۳)، ۱۴ و ۴۱. تأیید تشخیص اختلال مصرف مواد توسط کارشناسان مرکز ژویان انجام شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس تجارب تجزیه‌ای برنشتاین و پاتنم، روابط موضوعی بل و پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی اندروز، سینگ و باند بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارتند از: رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم بیماری جسمی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ و همچنین تشخیص افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بر اساس کارشناسان مرکز به‌علاوه انجام مصاحبه بالینی براساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی.

1. Dissociative Experiences Scale-II (DES-II)
2. Bell's object relation inventory (BORI)
3. insecure attachment
4. alienation
5. social incompetence
6. egocentricity
7. Brief Psychiatric Rating Scale

از مراحل ترجمه - بازترجمه بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی نسخه فارسی نیز ساختار چهار عاملی این مقیاس را نشان داد. از آنجا که ترکیب ماده‌های نسخه فارسی در برخی عوامل با نسخه انگلیسی متفاوت بود، نمره‌ای که به هر پاسخ (درست / نادرست) در زیر هر عامل تعلق می‌گیرد، براساس نتایج تحلیل آماری (بار عاملی) و مبنای نظری (نظر متخصصان در مورد ارتباط هر ماده با محتوا فرض شده) بازنگری شد. بدین ترتیب برای نمره‌گذاری عامل‌ها به هر ماده در زیر هر عامل نمره‌ای بین صفر تا ۲ داده و سپس نمره ماده‌های مربوط به آن با هم جمع می‌شود. اعتبار عوامل مقیاس با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ  $0/66$  -  $0/77$ ، ضریب اعتبار دو نیمه کردن  $0/60$  -  $0/77$  و تتای ترتیبی کل مقیاس  $0/86$  به دست آمد. همبستگی‌های معنادار بین ابعاد روابط موضوعی و سطوح مکانیزم‌های دفاعی نیز روایی همگرا و واگرایی مقیاس روابط موضوعی بل را تأیید کرد (زیر چاپ). آلفای کرونباخ پرسشنامه در تحقیق حاضر در دامنه  $0/75$  تا  $0/79$  می‌باشد.

**روند اجرای پژوهش:** شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آنها به دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون‌ها، پروتکل درمانی مبتنی بر رویکرد دوانلو بر گروه آزمایش به مدت ۳ ماه، به تعداد ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روانشناختی شرکت‌کنندگان و این‌که اگر افراد تمایل به شرکت در مداخله و فرآیند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند به خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. به علاوه از چند ساعت قبل از انجام مداخلات درمانی به مصرف کنندگان پیشنهاد گردید که داروهای روان‌پزشکی و ترک اعتیاد را مصرف نکنند. در پس‌آزمون، به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های انتخاب پاداش کربای، پرتی و بیکل (۱۵)، مقیاس روابط موضوعی بل (۳۰) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای برنشتاین و پاتنم (۲۶) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید.

طرح مداخله: درمان بیماران شکننده از ارزیابی ابتدایی و درمان آزمایشی شروع می‌شود و به سمت ظرفیت‌سازی از طریق قالب مرحله به مرحله قفل‌گشایی، مکرر، حل و فصل

از مراحل ترجمه - بازترجمه بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی نسخه فارسی نیز ساختار چهار عاملی این مقیاس را نشان داد. از آنجا که ترکیب ماده‌های نسخه فارسی در برخی عوامل با نسخه انگلیسی متفاوت بود، نمره‌ای که به هر پاسخ (درست / نادرست) در زیر هر عامل تعلق می‌گیرد، براساس نتایج تحلیل آماری (بار عاملی) و مبنای نظری (نظر متخصصان در مورد ارتباط هر ماده با محتوا فرض شده) بازنگری شد. بدین ترتیب برای نمره‌گذاری عامل‌ها به هر ماده در زیر هر عامل نمره‌ای بین صفر تا ۲ داده و سپس نمره ماده‌های مربوط به آن با هم جمع می‌شود. اعتبار عوامل مقیاس با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ  $0/66$  -  $0/77$ ، ضریب اعتبار دو نیمه کردن  $0/60$  -  $0/77$  و تتای ترتیبی کل مقیاس  $0/86$  به دست آمد. همبستگی‌های معنادار بین ابعاد روابط موضوعی و سطوح مکانیزم‌های دفاعی نیز روایی همگرا و واگرایی مقیاس روابط موضوعی بل را تأیید کرد (زیر چاپ). آلفای کرونباخ پرسشنامه در تحقیق حاضر در دامنه  $0/75$  تا  $0/79$  می‌باشد.

۳. پرسشنامه انتخاب پاداش (MCQ) کربای، پرتی، بیکل (۱۵): این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال دو گزینه‌ای است که افراد باید به صورت پاداش فوری کوچک‌تر<sup>۲</sup> و پاداش‌های با تأخیر بزرگ‌تر<sup>۳</sup> پاسخ دهند. این آزمون تک عاملی است و خرده مقیاس ندارد (۳۴). نادیده‌انگاری پاداش تأخیری یعنی تمایل به تکانشگری، بازداری‌زدایی، سطح برانگیختگی و یا ناتوانی در مدیریت و ضعف در به تأخیر انداختن هیجانات نامناسب می‌باشد. لذا نمره بالا در نادیده‌انگاری پاداش تأخیری نشان دهنده تکانشگری بیشتر است (۳۵). ارزش  $K^2$  شناخته‌شده دارای سه سطح اندازه‌گیری: (کوچک ۲۵ تا ۲۵ دلار، متوسط: ۵۰ تا ۶۰ دلار و بزرگ ۷۵ تا ۸۵ دلار) است. شرکت‌کنندگان در این پرسش‌نامه پاداش‌های فرضی را که به منظور اندازه‌گیری نادیده‌انگاری پاداش تأخیری می‌باشد را انتخاب می‌کنند (۳۶، ۳۷ و ۳۸). مقادیر  $K$  نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در سه سطح اندازه‌گیری کوچک، متوسط و بزرگ تا حد زیادی همبستگی مثبت بالایی باهم دارند

1. Monetary-Choice Questionnaire
2. smaller immediate reward
3. larger delayed reward
4. hyperbolic discount parameter at indifference between immediate and delayed rewards

و نهایتاً خاتمه درمان پیش می‌رود. در جدول زیر به این مراحل اشاره شده است (۴۱).

جدول ۱) طرح مداخله

جلسات درمان در منش شکننده	محتوای درمان
جلسه اول (ارزیابی اولیه و درمان آزمایشی)	سازمان‌دهی موانع مشارکت در درمان از جمله (فقدان مشکل درونی، مصرف مواد، افکار خودکشی، شرکت در درمان به علت تحت فشار قرار گرفتن خانواده و اقوام و سایر مشکلات رفتاری)، شناسایی خط مقدم‌های چرخشی (مسیرهای اضطرابی (اضطراب بالا با نشانه‌های جسمانی و آشوب شناختی / ادراکی)، روان‌سنجش، ارزیابی آستانه‌ها و تعیین سرعت درمان (تعیین آستانه تحمل با فشار)
جلسه دوم تا چهارم (قالب مرحله به مرحله)	ظرفیت‌سازی جهت افزایش تحمل اضطراب و غلبه بر فرافکنی‌ها، آشنایی شناختی / ادراکی، حمله به خود و واپس رانی، ظرفیت‌سازی جهت تحمل احساسات مرکب
جلسه پنجم تا دوازدهم (فصل گشایی مکرر)	تجربه درد، خشم، عذاب وجدان، غم و اشتیاق فراوان به دل‌بستگی سرکوب شده
جلسه دوازدهم تا چهاردهم (حل و فصل)	برانگیختن و تجربه باقیمانده سوگ، خشم و عذاب وجدان؛ تحکیم دستاوردها
جلسه پانزدهم (خاتمه درمان)	بستن رابطه درمانی در ۱۵ جلسه

### یافته‌ها

در ادامه به بررسی تحلیل داده‌های گردآوری شده پرداخته شده است. در ابتدا درصد و فراوانی یافته‌های جمعیت شناختی شامل سن و سپس شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است. روش تحلیل داده‌های گردآوری شده تحلیل مانکوا بود همچنین قبل اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن شامل کجی، کشیدگی برای بررسی نرمال بودن<sup>۱</sup>، آزمون لوین<sup>۲</sup> برای همگنی واریانس‌ها<sup>۳</sup> و آزمون ام‌باکس استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۴ بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل (تعداد هر گروه ۱۵ نفر) بود. میانگین سن گروه آزمایش ۲۶/۲۰ و میانگین سن گروه کنترل ۲۸/۵۳ بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، شامل کجی و کشیدگی استفاده شد که قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ باشد. در این پژوهش،

1. normality
2. levene's test
3. homogeneity of variance

کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها<sup>۴</sup> با آزمون لوین بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفت ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس کواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $\text{sig} = 0/111$ )، ام‌باکس =  $68/002$  و  $F = 1/297$  و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کواریانس می‌باشد. نتایج این مفروضه‌ها در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ نتایج آزمون لوین را نشان می‌دهد و چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، بنابراین شرط همگنی واریانس خطاها رعایت شده است. همچنین، چون سطح معنی‌داری به دست آمده برای آزمون ام‌باکس بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، بنابراین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس را زیر سؤال نبرده است. از آنجایی که پیش‌فرض‌ها برقرار بودند، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد. در ادامه به بررسی این فرضیه که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد مؤثر است از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ و ۶ آمده است.

4. homogeneity of variance

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیرهای جمعیت‌شناختی		فراوانی		درصد	
		کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
سن	۱۸ تا ۲۰ سال	۱	۳	۶/۶۷	۲۰
	۲۱ تا ۲۳ سال	۴	۴	۶۷/۲۶	۲۶/۶۷
	۲۴ تا ۲۵ سال	۱	۲	۶/۶۷	۱۳/۳۳
	۲۶ تا ۲۸ سال	۱	۱	۶/۶۷	۶/۶۷
	۲۹ تا ۳۱ سال	۳	۲	۲۰	۱۳/۳۳
	۳۲ سال به بالا	۵	۳	۳۳/۳۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۵	۱۰۰٪	۱۰۰٪

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
گسست از خویشتن و واقعیت	میانگین	۴۱/۸۰	۳۸/۲۰	۴۱/۷۳	۴۰/۷۳
	انحراف معیار	۰/۸۶۲	۲/۳۰۵	۰/۷۹۹	۲/۶۵۸
	کجی	-۰/۳۴۰	-۰/۲۴۱	-۰/۴۱۵	-۲/۰۱۲
	کشیدگی	-۰/۱۱۲	-۰/۷۷۴	۰/۳۸۰	۳/۲۸۳
فراموشی تجزیه‌ای	میانگین	۴۱/۶۰	۳۷/۲۰	۴۱/۹۳	۴۱/۴۰
	انحراف معیار	۰/۹۱۰	۳/۱۶۷	۰/۷۰۴	۱/۸۸۲
	کجی	-۰/۳۴۱	-۰/۰۷۱	۰/۰۹۲	-۳/۱۲۰
	کشیدگی	-۰/۳۳۰	-۱/۳۶۰	-۰/۶۶۹	۱۱/۰۴۴
تخیل و جذب	میانگین	۰/۹۶۱	۱/۶۳۹	۰/۸۴۵	۱/۲۹۱
	انحراف معیار	۰/۰۵۹	-۱/۴۹۷	۰/۰۰۱	-۱/۵۷۵
	کجی	-۱/۰۵۵	۳/۸۴۳	-۱/۶۱۵	۳/۹۲۳
	کشیدگی	۱۰/۹۳	۹/۶۷	۱۰/۸۰	۱۰/۶۷
دلبستگی ناایمن	میانگین	۰/۷۰۴	۰/۹۷۶	۰/۸۶۲	۰/۷۲۴
	انحراف معیار	۰/۰۹۲	۰/۷۸۸	۰/۴۳۳	۰/۶۲۸
	کجی	-۰/۶۶۹	۱/۲۹۲	-۱/۵۴۵	-۰/۶۵۴
	کشیدگی	۱۲/۸۷	۱۱/۰۷	۱۲/۸۲	۱۲/۶۰
بیگانگی	میانگین	۰/۸۳۴	۰/۷۰۴	۰/۷۷۵	۰/۶۳۲
	انحراف معیار	۰/۲۷۴	-۰/۰۹۲	۰/۳۸۳	۰/۵۴۷
	کجی	-۱/۴۹۹	-۰/۶۶۹	-۱/۱۱۷	-۰/۳۸۵
	کشیدگی	۷/۶۰	۶/۰۸	۷/۶۷	۷/۴۷
بی‌کفایتی اجتماعی	میانگین	۰/۶۳۲	۰/۹۴۱	۰/۶۱۷	۰/۸۳۴
	انحراف معیار	۰/۵۴۷	۱/۰۴۴	۰/۳۱۲	-۰/۳۰۶
	کجی	-۰/۳۸۵	۰/۴۹۶	-۰/۴۰۴	-۰/۲۲۶
	کشیدگی	۳/۵۳	۲/۶۷	۳/۴۷	۳/۲۷
خودمیان بینی	میانگین	۰/۵۱۶	۰/۷۲۴	۰/۵۱۶	۰/۴۵۸
	انحراف معیار	۰/۱۴۹	۰/۶۲۸	۰/۱۴۹	۱/۱۷۶
	کجی	۲/۳۰۸	-۰/۶۵۴	-۲/۳۰۸	-۰/۷۳۴
	کشیدگی	۳۳/۵۳	۳۰/۶۰	۳۴/۸۰	۳۴/۵۳
نادیده‌انگاری پاداش تأخیری	میانگین	۱/۱۲۵	۱/۱۲۱	۱/۰۱۴	۱/۴۱۷
	انحراف معیار	۰/۹۶۳	-۰/۸۱۴	-۱/۴۴۱	-۱/۴۹۷
	کجی	۰/۴۸۰	۰/۷۱۲	۳/۳۹۰	۲/۱۵۴
	کشیدگی				



جدول ۴) نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره

نتایج آزمون ام باکس			نتایج آزمون لوین				متغیرهای وابسته
معناداری	آماره F	آماره ام باکس	معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره F	
۰/۱۱۱	۱/۲۹۷	۶۸/۰۲	۰/۴۱۶	۲۸	۱	۰/۶۸۱	گسست از خویشتن
			۰/۰۵۴	۲۸	۱	۴/۰۳۹	فراموشی تجزیه‌ای
			۰/۸۱	۲۸	۱	۰/۰۵۹	تخیل و جذب
			۰/۰۸۴	۲۸	۱	۳/۲۰۱	دلبستگی نایمن
			۰/۰۵۷	۲۸	۱	۳/۹۳۷	بیگانگی
			۰/۱۲۳	۲۸	۱	۲/۵۲۶	بی‌کفایتی اجتماعی
			۰/۷۳۱	۲۸	۱	۰/۱۲۰	خودمیان بینی
			۰/۶۹۴	۲۸	۱	۰/۱۵۹	نادیده‌انگاری پاداش تأخیری

نشان می‌دهد که ۷۴/۳ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز (Sig= ۰/۰۰۱ و F= ۲۶/۹۲۵) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس، می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر

جدول ۵) نتایج آزمون‌های چند متغیره پس‌آزمون تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری

توان آماری	ضریب تأثیر	معنی‌داری	آزمون F	مقدار	نوع آزمون
۰/۹۹۹	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۲۶/۹۲۵	۰/۷۴۳	اثر پیلابی
۰/۹۹۹	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۲۶/۹۲۵	۰/۰۵۷	لامبدای ویلکز
۰/۹۹۹	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۲۶/۹۲۵	۱۶/۵۶۹	اثر هتلینگ
۰/۹۹۹	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۲۶/۹۲۵	۱۶/۵۶۹	بزرگترین ریشه روی

جدول ۶) نتایج اثرات بین آزمودنی نمرات پس‌آزمون تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری

توان آماری	ضریب تأثیر	معناداری	آماره F	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته
۰/۸۲۲	۰/۳۱۵	۰/۰۰۷	۹/۱۹۱	۱	۵۲/۴۵۸	گسست از خویشتن
۰/۹۹۹	۰/۵۸۷	۰/۰۰۱	۲۸/۳۷۲	۱	۱۷۵/۴۲۹	فراموشی تجزیه‌ای
۰/۹۹۵	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱	۲۲/۷۶۸	۱	۵۵/۸۳۸	تخیل و جذب
۰/۹۲۱	۰/۳۸۶	۰/۰۰۲	۱۲/۵۶۵	۱	۷/۱۸۶	دلبستگی نایمن
۰/۹۸۵	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱	۱۸/۹۸۳	۱	۷/۹۹۷	بیگانگی
۰/۸۱۲	۰/۳۰۹	۰/۰۰۷	۸/۹۴۶	۱	۴/۳۵۷	بی‌کفایتی اجتماعی
۰/۸۶۸	۰/۳۴۴	۰/۰۰۴	۱۰/۴۷۶	۱	۱/۷۰۵	خودمیان بینی
۰/۹۹۹	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	۳۸/۲۳۹	۱	۵۲/۱۸۷	نادیده‌انگاری پاداش تأخیری

(Sig= ۰/۰۰۱ و F= ۲۲/۷۶۸)، دلبستگی نایمن (Sig= ۰/۰۰۲ و F= ۱۲/۵۶۵)، بیگانگی (Sig= ۰/۰۰۷ و F= ۱۸/۹۸۳)، بی‌کفایتی اجتماعی (Sig= ۰/۰۰۴ و F= ۱۰/۴۷۶) و خودمیان بینی (F= ۸/۹۴۶ و Sig= ۰/۰۰۱)

چنانچه در جدول ۶ مشاهده می‌شود استفاده از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر گسست از خویشتن (Sig= ۰/۰۰۷ و F= ۹/۱۹۱)، فراموشی تجزیه‌ای (Sig= ۰/۰۰۱ و F= ۲۸/۳۷۲)، تخیل و جذب (Sig= ۰/۰۰۱ و F= ۲۸/۳۷۲)،

۱۳ و ۲۴). پژوهش‌های الیزابت و ایسکوتز نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد سطوح بالایی از تخیل، جذب و گسست از خویشتن و به علاوه فراموشی انتخابی در نتیجه ترومای ارتباطی را گزارش نموده‌اند (۴)، در واقع مصرف‌کنندگان مواد برای فرار از تعارضات هیجانی دردناک و غیر قابل تحمل ناشی از تروماها به فراموشی انتخابی متوسل می‌شوند به گونه‌ای که با جذب شدن و تمرکز بر جنبه‌های ذهنی خود، تخیل‌گرایی و فاصله‌گیری از واقعیت، در تلاشند تا واقعیت‌های بیرونی، نیازها و هیجانات واقعی خود را نادیده بگیرند؛ لذا این‌گونه راهکارها جهت محافظت از خود، راه را برای مصرف مواد هموار می‌سازد. در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت که در پژوهش حاضر برای درمان تجارب تجزیه، نادیده‌انگاری تأخیری و روابط موضوعی ناسالم انتخاب شد، اعتقاد بر این است، بیمار به سبب تروماهای ارتباطی گذشته و تجارب ناکام‌کننده با توسل به مکانیزم‌های دفاعی، از واقعیت فاصله می‌گیرد و بر جنبه‌های ذهنی خود و تخیل‌گرایی جذب می‌شود لذا این رویکرد بیمار را تشویق به لمس احساسات واقعی و بیان واقعیت‌های هیجانی خود می‌کند. به نظر می‌رسد زمانی که احساسات واقعی بیمار در مورد گذشته، حال و به علاوه در مورد درمانگر به راحتی بیان شود بیمار قادر خواهد بود عوامل ناهشیار و دلایل شکل‌گیری رفتار و احساس خود را پیدا کند و این نقطه آغاز حرکت بیمار برای لمس هیجانات اصیل و روبه‌رو شدن با واقعیت به دور از گسست از خویشتن و واقعیت، پناه بردن به تخیلات و یا فراموشی انتخابی تجارب دردناک می‌باشد. در نتیجه، بیمار با پذیرش و تجربه احساسات دردناک ناشی از ترومای دلبستگی در جهت بهبود توانمندی‌های هیجانی و بین فردی حرکت می‌نماید و برای فرار از واقعیت‌های هیجانی دردناک به گسست از خویشتن، تخیل و جذب پناه نمی‌برند.

به علاوه نتایج یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت با معناداری ۰/۰۰۱ در کاهش نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به مصرف مواد مؤثر بوده است. پژوهش‌های ماکیلوپ و همکاران نادیده‌انگاری پاداش تأخیری را از ویژگی‌های برجسته مصرف‌کنندگان مواد گزارش نموده و اظهار داشته‌اند (۱۳) که برای کاهش این مؤلفه، نیاز به نوعی روان‌درمانی است که

نادیده‌انگاری پاداش تأخیری ( $F= 38/239$  و  $Sig= 0/001$ ) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد مؤثر است تأیید شد.

## بحث

روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت به طور معناداری در کاهش تجارب تجزیه‌ای، نادیده‌انگاری پاداش تأخیری و روابط موضوعی ناسالم در مصرف‌کنندگان مواد مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی در ادبیات که اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت را در مصرف‌کنندگان مواد بررسی کردند و دریافته‌اند که پس از اجرای این درمان، میزان آسیب‌پذیری این مؤلفه‌ها در مصرف‌کنندگان مواد به طور معناداری کم می‌شود، همسو است (۴، ۱۳ و ۳۹). ناچاویتس و والش در پژوهش خود گزارش نموده‌اند مشکلات هیجانی، روابط دلبستگی نالین، سطح گسستگی زیاد، گسست از خویشتن، تخیل، جذب و ناتوانی در تأخیر ارضای امیال در مصرف‌کنندگان مواد به شدت رواج دارد به همین خاطر نیازمند درمانی هستند که در درمان این مشکلات مؤثر باشد (۴)؛ یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت به جای تلاش برای کاهش نشانه‌شناسی یک اختلال زیر بنایی، با پذیرش و تجربه احساسات دردناک ناشی از ترومای دلبستگی و با توجه لحظه به لحظه و فیدبک‌های بدنی می‌تواند در جهت بهبود توانمندی‌های هیجانی و بین فردی مصرف‌کنندگان مواد گام مؤثری بردارد (۸، ۱۳).

به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به مصرف مواد از سطوح بالایی از تجارب تجزیه‌ای، نادیده‌انگاری پاداش تأخیری و روابط موضوعی اولیه ناسالم رنج می‌برند (۴، ۸ و ۹)؛ لذا با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به بررسی این سه مؤلفه می‌پردازیم.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش تجارب تجزیه در خرده‌مقیاس‌های گسست از خویشتن و واقعیت، فراموشی تجزیه‌ای، تخیل و جذب با معناداری ۰/۰۰۱ مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گوناگونی همسو بوده است (۴،

بازسازی و ترمیم عصب زیست‌شناختی را نیز در پی داشته باشد لذا؛ با توجه به این که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت رویکردی است که با توجه لحظه به لحظه و فیدبک های بدنی برای حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی طراحی شده است و به سبب اینکه فیدبک‌های بدنی و توجه لحظه به لحظه در این رویکرد براساس شواهد نوروسایکالوژی در انعطاف‌پذیری مغز و تغییرات عصب شناختی مؤثر بوده؛ لذا فیدبک‌های بدنی مؤثر در تغییرات عصب شناختی احتمالاً می‌تواند در کاهش نادیده‌انگاری پاداش تأخیری که پایه های زیستی و عصب شناختی در مغز دارند، مؤثر باشد، به گونه‌ای که توجه لحظه به لحظه بیمار بر احساسات بدنی، انسجام در ساختار مغزی و ارتباط سیستم پری فرونتال با سیستم لمبیک رادر پی خواهد داشت. از سوی دیگر، با توجه به این که مصرف مواد تغییراتی را در ساختار و شیمی مغز ایجاد خواهد کرد؛ با کاهش نادیده‌انگاری پاداش تأخیری، بازسازی و ترمیم عصب زیست‌شناختی را می‌توان انتظار داشت (۳۹). به‌علاوه با توجه به این که تجارب گذشته افراد مصرف‌کننده مواد با فرد مراقب به صورت بی‌توجهی به خواسته‌ها، امیال و عدم ارضای نیازهای آنان بوده لذا سبب شده که رفتارها و روابط آینده فرد مصرف‌کننده مواد را تحت تأثیر قرار دهد به گونه ای که در آینده توانایی تأخیر در ارضای نیازهای خود را نداشته باشند. بنابراین، روان‌پویشی کوتاه‌مدت به بازسازی روابط گذشته فرد و همچنین روابط حال او با خانواده و دیگران می‌پردازد و در جلسه درمان آزمودنی این فرصت را دارد که خشم، تکانه و نیازهای خود را بیان کند. روان‌پویشی با کاوش در گذشته و ناخودآگاه بیمار در طی هفت مرحله توالی پویشی و همچنین تفسیر رابطه گذشته با حال سبب پی بردن به علل رفتار و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری فرد می‌شود. خشم‌های ابراز نشده نسبت به والدین، درمانگر و دیگر اعضای گروه ابراز می‌شود، خشم‌هایی که سبب نادیده‌انگاری پاداش تأخیری و ناتوانی در تأخیر ارضای نیازها شده است. به علاوه، با تمرکز بر انتقال و چالش با دفاع‌های بیمار، آگاهی او نسبت به روابط و رفتار خود بیشتر می‌شود و قادر خواهد بود توانایی بیشتری در زمینه بازسازی امیال و خواسته‌ها و رفتارهای خود برخلاف گذشته داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با معناداری ۰/۰۰۱ در کاهش دلبستگی ناایمن، بیگانگی، بی‌کفایتی اجتماعی و خودمیان‌بینی افراد مبتلا به مصرف مواد مؤثر بوده است. براساس پژوهش‌ها (۸ و ۴۰) مصرف مواد در بین اعضای خانواده‌هایی که پیوند ایمن را تجربه نکرده‌اند، شیوع بیشتری دارد. به علاوه براساس پژوهش‌های صورت گرفته توسط کیم و هانگ (۴۰)، دلبستگی ناایمن در بین خانواده‌هایی که انواع هیجان‌ات منفی از جمله تنیدگی، اضطراب و تکانشگری و نادیده گرفتن پاداش تأخیری را تجربه نموده‌اند بیشتر است؛ لذا فرد مصرف‌کننده در جهت خوددرمانی و تنظیم هیجان ناخوشایند خویش به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کند. بنابراین پژوهش‌های مذکور پیشنهاد نموده‌اند که برای ایجاد دلبستگی و پیوند امن مجدد، کاهش دلبستگی ناایمن، بیگانگی، و خودمیان‌بینی در افراد مصرف‌کننده مواد، ایجاد فضایی امن و تجربه هیجان‌ات اصلی ضروری است. از این‌رو روان‌درمانی پویشی رویکردی است که با ایجاد فضای امن و روابط مبتنی بر همدلی و اعتماد و ترغیب فرد در جهت لمس احساسات اصیل خود در کاهش هیجان‌ات ناخوشایند و به تبع گرایش کمتر به مصرف مواد احتمالاً سودمند خواهد بود. کودک دچار دلبستگی ناایمن، فاقد اعتماد به دیگری مهم است و تجربیات مکرر ناایمنی با دیگری مهم، برچگونگی روابط آینده فرد تأثیر می‌گذارد در نتیجه، تجربیات مکرر ناشی از دلبستگی ناایمن سبب نوعی بیگانگی و ناتوانی در برقراری تعاملات اجتماعی و بی‌کفایتی اجتماعی می‌شود. براساس نظریه دلبستگی، احتمال افزایش اضطراب و تکانشگری و سوءظن در اثر دلبستگی ناایمن وجود دارد، لذا بی‌اعتمادی به اطرافیان، بیگانگی و این نیز به تبع کناره‌گیری و بی‌کفایتی اجتماعی را به همراه خواهد داشت. بنابراین، عوامل مذکور زمینه‌ساز گرایش فرد به سوی مصرف مواد جهت رهایی از حالات یکنواختی، اضطراب، هیجان‌طلبی و پر شدن خلاء درون‌روانی و بی‌کفایتی‌های اجتماعی ناشی از تروما‌های دلبستگی می‌باشد. با توجه به این که خودمیان‌بینی افراد بر اثر دلبستگی ناایمن سبب می‌شود که افراد در درک دیدگاه‌های دیگری ناتوان باشند و این نیز به تبع مانع درک واقعیت می‌شود و به عبارتی این افراد به جای روی آوردن به واقعیت، تصویری از واقعیت می‌سازند؛

تعمیم برای زنان مبتلا به مصرف مواد را ندارد. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آتی هم مدت طولانی‌تر جلسات درمانی و هم دوره پیگیری لحاظ گردد. به علاوه، آموزش به صورت انفرادی بر روی بیماران اجرا شود.

#### منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington, (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Spears CA, Hedeker D, Li L, Wu C, Anderson NK, Houchins SC, et al. Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85:1029–40.
3. Sweet AD. Aspects of internal self and object representations in disorganized attachment: clinical considerations in the assessment and treatment of chronic and relapsing substance misusers. *British Journal of Psychotherapy*. 2013; 29 (2), 154–167.
4. Elizabeth F. H. Itzkowitz, S. *The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working with Trauma*. Relational Perspectives Book Series: New York: Routledge. Exploring dissociation and dissociative identity disorder: A roundtable discussion; 2016.
5. Craparo G, Schimmenti A, Caretti V. Traumatic experiences in childhood and psychopathy: a study on a sample of violent offenders from Italy. *European Journal of Psycho traumatology*. 2013; 4: 10.3402/ejpt.v4i0.21471.
6. Najavits, L, Walsh M. Dissociation, PTSD, and Substance Abuse: An Empirical Study. *J Trauma Dissociation*. 2012; 13(1): 115–126.
7. Somer E, Altus L, Ginzburg K. Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the “chemical dissociation” hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*. 2010; 51(4): 419–425.
8. Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Information Dynamic Psychotherapy. *Frontier in Psychology*. 2018; 9: 1-9.
9. Vonasch, A. J., Maranges, H. M., & Baumeister, R. F. Self-regulation, controlled processes, and the treatment of addiction. 2017.
10. Coffey, K. The Relationship between Attachment and Addiction. In *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction* (pp. 73-79). Springer, Cham. Compulsivity. *Psychopharmacology*; 2018; 219(2): 251–252.
11. Waska, R. Addictions and the quest to control the object. *Journal of the American Psychoanalytic Association*; 2006; 66: 43–62.

در نتیجه، فرد بیشتر در خودمیان‌بینی‌ها و افسانه‌های شخصی خود فرو رفته و به تبع این نوع دیدگاه نیز زمینه‌ساز گرایش فرد به سوی مصرف مواد می‌شود (۱۴). بنابراین، به طور کلی بیماران دچار ساختار منش شکننده از قطع مکرر دلبستگی آغازین و ناتوانی در تشکیل دلبستگی‌های سالم رنج می‌برند و این وقایع باعث احساسات دردناک، اشتیاق شدید به دلبستگی، خشم بدوی، عذاب وجدان، سیستم خود ویرانگر و مستعد سوءمصرف مواد و اعتیاد هستند. از سوی دیگر، با توجه به آنکه پژوهش‌های بالینی موردی نشان داده است که هرگونه پیوند عاطفی مثبت در زندگی مانع پیدایش شکنندگی و یا ساختار مرزی خواهد شد و در بسیاری موارد، اولین پیوند آنان با درمانگر بسته خواهد شد؛ لذا در درمان روان‌پویشی، درمانگر با ایجاد محیط امن و صمیمانه، بازسازی دفاع‌های بدوی، ایجاد ظرفیت‌سازی‌ها، احساسات مرکب انتقالی و اتحاد درمانی ناخودآگاه را بر می‌انگیزد به گونه‌ای که پادزهری برای دلبستگی ناامن، بیگانگی، بی‌کفایتی اجتماعی و به تبع نادیده انگاری پاداش تأخیری ناشی از تروماهای دلبستگی است. فرد مبتلا به مصرف مواد با تجربه روابط صمیمانه در جلسه درمان، ظرفیت تجربه احساسات مرکب و بینش هیجانی نسبت به مشکلات پیشین را کسب نموده و از میزان خودمیان‌بینی و بی‌کفایتی اجتماعی وی که ناشی از تجارب تلخ گذشته‌اش بوده، کاسته می‌شود و کمتر این بیماران به خاطر تروماهای هیجانی ناشی از دلبستگی‌های آغازین دچار ترس و پریشانی، ضعف در کنترل، فرافکنی، تفکیک و تجارب تجزیه‌ای شده و کمتر به مصرف مواد و سایر رفتارهای اعتیادی کشیده می‌شوند (۴۱).

در پایان پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند تا از کلیه آزمودنی‌ها کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند و به علاوه لازم است ذکر گردد که انجام هر پژوهشی در حوزه علوم انسانی به سبب ویژگی‌های منحصر به فرد افراد، با محدودیت‌های همراه است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز این بود که دوره پیگیری در این پژوهش وجود نداشته و افزایش جلسات درمانی فراتر از محدوده زمانی سه ماه بنا به دلایلی مقدور نبود. درمان به صورت گروهی انجام گرفته نه انفرادی و به علاوه درمان بر روی مردان مبتلا به مصرف مواد صورت گرفته و نتایج پژوهش به مردان محدود می‌شود، لذا قابلیت

25. Shedler, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist Journal*. 2010; 65(2): 98-109.
26. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986.
27. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (1):90-102. [In Persian].
28. Körlin D, Edman G, Nybäck H). Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61 (2): 126-42.
29. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012; 26(1): 225-32.
30. Bell, M. D. Bell Object Relations Inventory for Adolescents and Children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Personality Assessment*. 2003; 80 (1): 19-25.
31. Zarrati I, bermas H, Sabet M. Correlation between Childhood Trauma and Suicidal Ideation by Mediation of Mental Pain and Object Relations. *JHPM*. 2020; 9 (3):34-48. [In Persian].
32. Bell, M. D. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) manual. Los Angeles: Western Psychological Services. 1995.
33. Overall, J. E., & Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*. 1962; 10: 799- 812.
34. Ahmadi F, Hasani J, Moradi A, saeidpoor S. The diagnostic role of delayed reward discounting and sensation seeking in substance use stimulant and opiate disorders. 2017; 10(40): 201- 216. [In Persian].
35. Ahmadi F, Hasani J, Saeidpoor S. The Diagnostic Role of Delayed Reward Discounting and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Stimulant Abuse, Opiate Abuse, and Smoking Disorders. 2018; 12 (45):71-90. [In Persian].
36. Johansson, R., Town, J. M., & Abbas, A. Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer Journal*. (2014); 2(1): 1-20.
37. Lagorio, C. H., & Madden, G. J. Delay discounting of real and hypothetical rewards III. Steady-state assessments, forced-choice trials, and all real rewards. *Behavioral Processes*. (2005); 69(2):173-187.
38. Robbins, T. W., Curran, H. V., & de Wit, H. Special issue on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology* (2012); 219(2): 251-252.
12. Madden, G. J., & Bickel, W. K. (Eds). *Impulsivity. The behavioral and neurological science of discounting* (p. 453). Washington, DC: American Psychological Association. 2009.
13. MacKillop, J., Amlung, M. T., Few, L. R., Ray, L. A., Sweet, L. H., & Munaf, M. R. Delayed reward discounting and addictive behavior. A meta-analysis. *Psycho pharmacology* 2011;216(3): 305-321.
14. Ahmadi F, Sarafraz M R, kazemi rezaei A. The Diagnostic Role of Object Relations and Defensive Mechanisms in Patients with Opioid abuse, Stimulant Users and Normal Individuals. 2020; 14(55): 192-169. [In Persian].
15. Kirby, K. N., Petry, N. M., & Bickel, W. K. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology. General*. 1999; 128(1): 78-87.
16. Robbins, T. W., Curran, H. V., & de Wit, H. Special issue on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*. 2012;219(2):251-252.
17. Vonasch, A. J., Maranges, H. M., & Baumeister, R. F. Self-regulation, controlled processes, and the treatment of addiction. In N. Heather & G. Segal (Eds.), *Addiction and choice: Rethinking the relationship*. 2017; 286-303. Oxford University Press.
18. Davanloo, H. *Unlocking the Unconscious, selected papers of Habib Davanloo*. New York: John Wiley & Sons. 1995.
19. Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbas, A.A., Jonghe, F.D., & Dekker, J.J.M. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology. Clinical Psychology Review* 2009; (30):25-36.
20. Johnson, M. W., & Bickel, W. K. Within-subject comparison of real and hypothetical money rewards in delay discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 2002; 77(2): 129-146.
21. Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Information Dynamic Psychotherapy. *Frontier in Psychology*. 2018;9:1-9.
22. Pennebaker, J. W. *Opening up: the healing power of expressing emotion*. New York: Guilford. *Psychoanalytic Perspectives*. 1997; 12(1): 39-79.
23. Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbas, A.A., Jonghe, F.D., Dekker, J.J.M. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology*. 2009.
24. Abbas, A., Hancock, JT., & Kisely, S. Short term psycho dynamic psychotherapies for common mental disorders. *Systematic Reviews in Pharmacy Journal*. 2006.;18(4): CD004687.

39. Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013; 27(2): 366-79.
40. Kim, H. S., & Hong, M. PO-13: the addiction and attachment characteristics of runaway adolescents in Korea. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016; 5(S1): 51-52.
41. Abbass A. The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*. 2016; 44:245-280.

