

اثر بخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده

سید موسی کافی^۱، رحیم ملازاده اسفنجانی^۲،
مرتضی نوری^۳، ایرج صالحی^۴

چکیده

مقدمه: پدیده اعتیاد در افراد سم‌زدایی شده، یکی از معضلات مهم درمانی برای سوء مصرف مواد است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر پیشگیری از بازگشت افراد سم‌زدایی شده می‌باشد. **روش:** این پژوهش به صورت آزمایشی با گروه کنترل نابرابر انجام گرفت. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و از افراد سم‌زدایی شده مراجعه کننده به مرکز دولتی درمانی نگهدارنده با متادون شهرستان بجنورد، ۲۴ نفر به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. هر دو گروه در پیش‌آزمون، مقیاس پیش‌بینی از بازگشت رایت و همکاران را کامل کردند و پس از انجام گروه درمانی با گروه آزمایش، پس‌آزمون و پس از ۵ ماه، آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. در هنگام تکمیل آزمون پیگیری، مرفین چک نیز انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون χ^2 مستقل و تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون نشان داد که از لحاظ میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد

۱. دانشیار دانشگاه گیلان

۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی، پست الکترونیکی: Mollahzadeh@gmail.com

۳. استادیار دانشگاه گیلان

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی

بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در مرحله پیش‌آزمون وجود نداشت. تحلیل کواریانس نیز نشان داد که از لحاظ وسوسه مصرف بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در پس‌آزمون و مرحله پیگیری وجود دارد، اما این تفاوت برای احتمال مصرف مواد معنی‌دار نبود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج این پژوهش، گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل ممکن است از لحاظ وسوسه مصرف مواد در افراد سم‌زدایی شده مؤثر باشد و می‌تواند مورد توجه متخصصان قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی، تحلیل رفتار متقابل، عود، افراد سم‌زدایی شده.

مقدمه

اعتیاد^۱ به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در جوانان شایع شده است که می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند نابودی دارائی‌های شخصی، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (نقل از رید^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد در مرحله درمان، سبب عود^۳ و ترک دوره درمانی می‌شود (راوندال و وگلم^۴، ۲۰۰۲). بدین سبب، اعتیاد به عنوان یک مشکل حاد و برگشت‌پذیر معرفی شده است (واند برینگ و هاسن^۵، ۲۰۰۶).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد، مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی^۶، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آنها می‌باشد (یان و نابشیمای^۷، ۲۰۰۹). همچنین، ترک مراحل درمانی و مصرف مجدد مواد، با

-
1. addiction
 2. Reed & other
 3. relapse
 4. Ravendal & Vaglum
 5. Van de Brink & Haasen
 6. detoxification
 7. Yan & Nabeshima

پیامدهای منفی تری مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (ویلوکس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش دیکمپ^۲ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که تنها ۲۵٪ افراد وابسته به هروئین بعد از درمان نگهدارنده با متادون پاک مانده بودند. **برون^۳ و همکاران (۲۰۰۰)** به این نتیجه رسیدند که بیشتر نوجوانان تحت درمان، ۳ ماه پس از تکمیل مراحل درمانی و ۷۹٪ نیز در طول یک سال اول، دوباره به مصرف مواد می‌پردازند. بر اساس نتایج این پژوهش‌ها، مصرف مجدد مواد در معتادانی که مراحل درمانی را کامل کردند، پدیده رایجی است (نقل از ویلوکس و همکاران، ۲۰۰۹).

طبق نظریه مارلات و گوردن^۴ (۱۹۸۵) هنگامی که درمانجو در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد، در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای نامناسب، احساس خودکارآمدی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به مصرف مواد می‌شود (نقل از فیروزآبادی، ۱۳۸۷).

پژوهشگران در درمان افراد معتاد، به برخی ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین فردی که منجر به مصرف مجدد مواد می‌شود، اشاره کرده‌اند. بنابراین، در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهمترین عوامل خطر اصلی عود می‌باشند (مارلات، ۱۹۹۹). در بررسی سبب‌شناسی و سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری^۵، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلاء معنوی را عنوان نموده‌اند (تیزدل، ۱۹۹۹؛ مارلات، ۲۰۰۴؛ بلوم، ۲۰۰۵؛ نقل از دباغی و

1. Veilleux
2. Dekimpe
3. Brown
4. Marlatt & Gordon
5. ruminative thought

همکاران، ۱۳۸۷). بنابراین در درمان و پیشگیری از عود، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری است و به‌نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد.

گروه درمانی یا روان‌درمانی گروهی نوعی درمان است که در آن افراد دچار ناراحتی هیجانی به‌منظور کمک به یکدیگر در تغییر دادن شخصیت خود در گروهی که به وسیله یک درمانگر هدایت می‌شود، قرار داده می‌شوند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹).

یکی از رویکردهای روان‌درمانی که برای نشان دادن روابط سالم بین فردی و رشد توانایی‌های درون فردی افراد موثر است، تحلیل رفتار متقابل^۱ می‌باشد (موراکامی^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). این نظریه تصویری از ساختار روانشناختی انسانها ارائه می‌دهد و به ما کمک می‌کند تا دریابیم انسانها چگونه عمل و رفتار می‌کنند و همچنین نظریه‌ای برای ارتباطات فراهم می‌آورد (جونز و استوارت^۳، ترجمه دادگستر، ۱۳۷۶).

تحلیل رفتار متقابل اولین بار توسط اریک برن^۴ (۱۹۶۰) معرفی شد که بعد از آن مقبولیت زیادی در موقعیت‌های روان‌درمانی پیدا کرد است و می‌تواند در ارتقاء سلامتی افراد موثر باشد (موراکامی و همکاران، ۲۰۰۶؛ بون^۵، ۲۰۰۷). گروه درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل در یک زمینه گروهی گروهی که در آن اعضا می‌توانند طرح و دستورعمل زندگی خود را که از خاطرات اولیه‌شان نشأت می‌گیرد در تعامل با یکدیگر تجربه کنند، بهترین درمان انتخابی برای این افراد است.

یکی از قوی‌ترین استدلال‌ها در تحلیل رفتار متقابل این است که گروه تجربه زنده‌ای را فراهم می‌آورد که اعضا، آن را با خود به خانواده، دوستان و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، انتقال می‌دهند (نوابی نژاد، ۱۳۸۳).

-
1. Transactional Analysis (TA)
 2. Murakami
 3. Joines & Stewart
 4. Eric Berne
 5. Booth

با توجه به اهمیت رویکرد تحلیل رفتار متقابل در بهبود مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی افراد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به صورت آزمایشی با گروه کنترل نابرابر انجام شده است. این طرح مشابه طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است، با این تفاوت که انتخاب آزمودنی‌ها از جامعه و جایگزینی آنها در گروه‌ها به صورت تصادفی انجام نمی‌شود (دلاور، ۱۳۸۴). در این پژوهش، علاوه بر پیش‌آزمون و پس‌آزمون، یک مرحله پیگیری ۵ ماهه نیز انجام گرفته است. جامعه آماری شامل تمام معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان نگهدارنده با متادون^۱ (MMT) دولتی شهرستان بجنورد بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و از افراد سم‌زدایی شده، ۲۴ نفر که از نظر سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات همگن بودند، به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند.

روش اجرای پژوهش

پس از تقسیم افراد به گروه آزمایش و کنترل، متغیر مستقل (گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل)، بر گروه آزمایش اعمال شد و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. گروه درمانی به مدت ۲ ماه (هشت جلسه ۱/۵ الی ۲ ساعته) به طول انجامید. در جلسه اول از افراد هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و پس از انجام گروه درمانی با گروه آزمایش، پس‌آزمون و پس از ۵ ماه، آزمون پیگیری نیز گرفته شد. در هنگام تکمیل آزمون پیگیری، مرفین چک نیز انجام گرفت.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای نشان دادن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و از آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد دو گروه در پیش‌آزمون و از تحلیل کواریانس برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون و مرحله پیگیری استفاده شده است. پس از پایان پژوهش به دلیل ریزش در هر دو گروه، تعداد افراد هر گروه به ۸ نفر رسید که تجزیه و تحلیل نهایی نیز روی داده‌های بدست آمده از همین افراد صورت گرفت.

روش مداخله

گروه درمانی انجام گرفته در این پژوهش، با استفاده از برخی اطلاعات، روش‌ها، تکنیک‌ها و تکالیف ارائه شده در کتاب‌های «روش‌های نوین در روانشناسی تحلیل رفتار متقابل» اثر جونز و استوارت، «وضعیت آخر» اثر هریس^۱، «ماندن در وضعیت آخر» اثر هریس هریس و «بازی‌ها» اثر اریک برن می‌باشد.

موضوعاتی که در هر جلسه مورد بحث قرار گرفت عبارتند از:

جلسه اول: معارفه، بیان اهداف پژوهش، قوانین گروه، مسئولیت اعضای گروه، توضیحات کلی در مورد نظریه تحلیل رفتار متقابل، کاربرد آن و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: تحلیل کنشی حالات کودک^۲، والد^۳، بالغ^۴، دادن تکلیف به آزمودنی‌ها در مورد ترسیم نمودار حالات نفسانی خود یا اگوگرام^۵، بیان ویژگی‌های کودک مطیع و کودک طبعی، والد کنترل‌کننده، والد حمایت‌کننده و تقویت بالغ.

جلسه سوم: تعریف رابطه متقابل، رابطه متقابل موازی، رابطه متقابل متقاطع، قوانین ایجاد رابطه، تکلیف به آزمودنی‌ها برای تشخیص هر یک از انواع رابطه متقابل.

1. Harris
2. child
3. parent
4. adult
5. ego gram

جلسه چهارم: تعریف نوازش^۱، نوازش کلامی/ غیر کلامی، مثبت/ منفی، شرطی/ غیر شرطی، بحث در مورد روش‌های به دست آوردن نوازش و ارائه تکالیف مربوط به آن به آزمودنی‌ها.

جلسه پنجم: تشخیص تبادلهای پنهانی، روابط مماسی/ روابط مسدود کننده، بحث و تشخیص تبادلهای پنهانی توسط آزمودنی‌ها. مثلاً وقتی شوهر روی میز تلویزیون که گرد و خاک گرفته با انگشت می‌نویسد، همسر عزیزم دوست دارم، چه نوع رابطه‌ای است.

جلسه ششم: چگونه بالغ فعال‌تری داشته باشیم، سازمان‌دهی زمان^۲ (انزوا/ مراسم و مناسک/ وقت‌گذرانی/ فعالیت‌ها/ بازی‌های روانی/ صمیمیت)، تکلیف آزمودنی‌ها (ترسیم دایره سازمان‌دهی زمان خود و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به افزایش صمیمیت).

جلسه هفتم: توضیحات بیشتر درباره بازی‌های روانی، بیان وضعیت‌های زندگی^۳ (من خوب نیستم)، خنثی‌کنندگان والد و دادن تکلیف به آزمودنی‌ها در مورد تشخیص روش‌های خنثی کردن والد طرف مقابل مثل حاشیه رفتن و سکوت در زندگی واقعی خود.

جلسه هشتم: جمع‌بندی و مرور مطالب با تأکید بر به کارگیری بالغ برای بهبود روابط و وضعیت زندگی، تصمیم‌گیری مجدد برای ادامه زندگی (ما می‌توانیم تغییر کنیم)، آماده شدن برای وداع با گروه، اجرای پس‌آزمون.

از جلسه دوم به بعد ابتدا درمانگر به بررسی تکالیف جلسه قبل پرداخته و سپس مطالب هر جلسه را مطرح می‌کرد و به پرسش‌های اعضاء پاسخ می‌داد. در انتهای هر جلسه نیز جزوه مربوط به آن جلسه و تکالیف جلسه بعد داده می‌شد تا یادگیری تسهیل شود و نیز بتوانند به‌طور عملی آموخته‌های خود را اجرا کنند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی

ابزار

۱. مقیاس پیش‌بینی بازگشت^۴: این مقیاس یک ابزار ۴۵ سئوالی ارائه شده توسط رایت^۵ و همکاران می‌باشد که می‌توان از آن برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به

1. stroke
2. time structures
3. life positions
4. relapse prediction scale
5. Wright

مواد مخدر استفاده کرد (بک^۱ و همکاران، ترجمه گودرزی ۱۳۸۰). فیروزآبادی (۱۳۸۷) با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی برای میزان وسوسه را ۰/۷۴ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش کرده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای میزان مصرف ۰/۸۱ و احتمال مصرف ۰/۷۸ به دست آمد که نشانگر اعتبار خوب مقیاس می‌باشد. کارشناسان با توجه به هدف، این مقیاس را دارای روایی محتوا دانسته‌اند (بک و همکاران، ترجمه گودرزی ۱۳۸۰).

۲. مرفین چک یا کیت سرندی مرفین: از این ابزار برای کنترل مصرف مواد توسط آزمودنی‌ها استفاده گردید. بدین صورت که آزمودنی‌ها هنگام تکمیل پرسشنامه در مرحله پیگیری توسط کارشناس مرکز MMT آزمایش شدند.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش در دامنه سنی ۲۶ الی ۴۹ سال بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش ($SD=۶/۹$ ، $\bar{X}=۳۶/۹$) و گروه کنترل ($SD=۷/۲$ ، $\bar{X}=۳۶/۲$) بوده است. از لحاظ وضعیت تاهل همه آزمودنی‌ها متاهل بودند. میزان تحصیلات در هر دو گروه نیز یکسان بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مربوط به متغیر تحصیلات به تفکیک گروه

درصد		فراوانی		شاخص‌ها میزان تحصیلات
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	
۱۲/۵	۱۲/۵	۱	۱	ابتدایی
۲۵	۲۵	۲	۲	راهنمایی
۵۰	۵۰	۴	۴	دبیرستان
۱۲/۵	۱۲/۵	۱	۱	بالا تراز دیپلم

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نمرات میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد به تفکیک گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش		آزمون	شاخص
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۹	۳۶/۴	۴۸	۷۳/۴	پیش آزمون	میزان وسوسه
۲۵/۲	۴۵/۷	۲۹/۸	۳۳	پس آزمون	
۲۰	۷۲/۱	۲۶	۳۹/۷	پیگیری	
۲۶	۳۰/۹	۴۷	۶۹/۶	پیش آزمون	احتمال مصرف
۲۳	۴۳/۶	۲۸/۸	۳۷/۱	پس آزمون	
۱۶/۹	۶۳/۱	۳۳/۵	۳۷/۷	پیگیری	

با توجه به جدول شماره ۲، نمرات میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در پس آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است و در گروه کنترل نمرات پس-آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد

معنی داری	درجه آزادی	t	سطح معنی داری	F لون	شاخص
۰/۰۸	۱۴	۱/۸۶	۰/۲۱	۱/۶۷	میزان وسوسه
۰/۰۶	۱۰/۹۳	۲/۰۲	۰/۰۴	۴/۹۵	احتمال مصرف

مطابق با جدول ۳، مقدار t محاسبه شده برای بررسی مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد معنی دار نیست. به عبارت دیگر، میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل قبل از مداخله درمانی از لحاظ آماری مشابه است.

با توجه به نتایج جدول ۴، معنی داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل در احتمال مصرف مواد گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در احتمال مصرف مواد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۱۹۴۹/۷۸	۱	۱۹۴۹/۷۸	۳/۳۵	۰/۰۹	۰/۲۰
گروه	۱۰۵۴/۸۵	۱	۱۰۵۴/۸۵	۱/۸۱	۰/۲۰	۰/۱۲
خطا	۷۵۴۸/۹۶	۱۳	۵۸۰/۶۹			

توجه به نتایج جدول ۵، معنی داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در آزمون پیگیری وجود ندارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل با پیگیری ۵ ماهه در احتمال مصرف مواد گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد نکرده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش و کنترل در احتمال مصرف مواد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۶۷۸/۲۵	۱	۶۷۸/۲۵	۰/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۶
گروه	۱۰۳۶/۵۷	۱	۱۰۳۶/۵۷	۱/۴۶	۰/۲۴	۰/۱۰
خطا	۹۱۸۸/۱۱	۱۳	۷۰۶/۷۷			

اثر بخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل...

با توجه به نتایج جدول ۶، معنی داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل در میزان وسوسه مصرف گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد کرده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

در میزان وسوسه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۴۰۱۷/۹۵	۱	۴۰۱۷/۹۵	۷/۸۸	۰/۰۱	۰/۳۷
گروه	۲۶۰۹/۹۱	۱	۲۶۰۹/۹۱	۵/۱۲	۰/۰۴	۰/۲۸
خطا	۶۶۲۱/۵۴	۱۳	۵۰۹/۳۵			

با توجه به نتایج جدول ۷، معنی داری F نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در آزمون پیگیری وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل با پیگیری ۵ ماهه در میزان وسوسه مصرف گروه آزمایش تغییرات مثبت ایجاد کرده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش و کنترل در

میزان وسوسه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)
پیش‌آزمون	۱۲۰/۸۸	۱	۱۲۰/۸۸	۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۰۱
گروه	۳۹۵۱/۳۶	۱	۳۹۵۱/۳۶	۶/۹۲	۰/۰۲	۰/۳۴
خطا	۷۴۰۷/۴۸	۱۳	۵۶۹/۸۰			

جهت کنترل نتایج مقیاس پیش‌بینی از بازگشت، تست مرفین که همزمان با آزمون پیگیری از آزمودنی‌های دو گروه به عمل آمد، نشان داد که دو نفر از گروه آزمایش و پنج نفر از گروه کنترل، نتایج تست مرفین مثبتی داشتند که این افراد در هنگام آزمون پیگیری نمرات بالایی در این مقیاس کسب کرده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان وسوسه مصرف مواد در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و همچنین بعد از پیگیری ۵ ماهه نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، کاربرد گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل موجب کاهش وسوسه مصرف مواد در گروه آزمایش شد. اما تغییرات ایجاد شده در احتمال مصرف مواد در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و همچنین بعد از پیگیری ۵ ماهه نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، کاربرد گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل موجب کاهش احتمال مصرف مواد در گروه آزمایش نشد.

با وجود جستجوهای متعدد در منابع داخل و خارج کشور، پژوهش علمی گزارش شده‌ای در رابطه با تأثیر گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر میزان عود افراد وابسته به مواد یافت نگردید. با این حال کلایتون و دانبر^۱ (۱۹۷۷) 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. طبق این پژوهش، در میزان عود به مصرف الکل، درمان با روش تحلیل رفتار متقابل هیچ تفاوتی با دیگر برنامه‌های درمانی ندارد.

جنس^۲ (۱۹۷۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی برنامه‌های تحلیل رفتار متقابل و تغییر رفتار در مجرمان ۱۵ تا ۱۷ ساله، نشان داد که آزمودنی‌های هر دو گروه بعد از مداخلات درمانی، تغییرات رفتاری و نگرشی مثبتی در شاخص‌های روانی مانند اختلال‌های اضطرابی، گوشه‌گیری، انکار،

1. Clayton & Dunbar

2. Jeness

پرخاشگری و خصومت گزارش کردند. طبق نتایج، تحلیل رفتار متقابل بیشتر از برنامه تغییر رفتار باعث بهبود علائم روانی و رفتاری شده بود، اما در مرحله پیگیری هیچ تفاوتی بین دو گروه بدست نیامد.

برای تبیین موثر بودن گروه درمانی به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر میزان وسوسه مصرف مواد در گروه آزمایش می توان به نقش تحلیل رفتار متقابل در بهبود فرایندهای درون فردی (مدل ساختاری)^۱ و بین فردی (مدل کارکردی)^۲ اشاره کرد که می توانند در ایجاد آگاهی از جنبه های مثبت و منفی روابط افراد مفید باشند (نقل از بوش، ۲۰۰۷).

مدل تحلیلی اریک برن، از حالت من^۳، تعامل ها^۴، نوازش کردن، پیش نویس های زندگی^۵، موقعیت های زندگی و سازماندهی زمان تشکیل شده است (کچسی و تاس اوکک^۶، ۲۰۰۹). این روش سعی دارد آن دسته از موقعیت های تعاملی را که منجر به بهبود بازتوانی بیماران می شود، مشخص کند. بنابراین هدف آن افزایش خود آگاهی افراد برای مسئولیت پذیری در قبال رفتارشان می باشد (کلایتون و دانبر، ۱۹۷۵). مشارکت معتادان در گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می تواند به آنان در روابط بین فردی، شناخت بهتر از خود و اطرافیان و برنامه ریزی برای شیوه های ارتباطی مناسب کمک کند و در نتیجه منجر به کاهش وسوسه مصرف مجدد و پیشگیری از عود شود.

اصلی ترین مفهوم TA حالت من است. برن (۱۹۸۸) حالت من را به عنوان یک احساس و الگوی پایدار تفکر که با مدل رفتاری ارتباط دارد، تعریف کرده است (به نقل از کچسی و تاس اوکک، ۲۰۰۹). این حالت با دو مدل مجزای ساختاری و کارکردی بررسی شده است. طبق مدل ساختاری، شخصیت همه افراد به سه حالت والد، بالغ و کودک تقسیم شده است. حالت من والدینی،

1. structural model
2. functional model
3. ego state
4. transactions
5. life scenario
6. Keçeci & Tasocak

مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری است که ویژگی‌های مشابه آن در والدین هم وجود دارد.

در جنبه والد، شخصیت انسان تمام پندها، اخطارها و قوانین و مقرراتی که بچه از پدر و مادر خود شنیده یا در رفتار آنها دیده، محفوظ است (هریس، ترجمه فصیح، ۱۳۸۱). حالت من کودکی مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری است که بقای آن از دوران کودکی خود فرد هستند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰). از آنجایی که انسان کوچک در دوره بحرانی زندگی اولیه فاقد بیان است، بنابراین بیشتر واکنش‌های او به صورت احساس ضبط می‌شوند. انسان کوچک در سال‌های اولیه زندگی به این نتیجه می‌رسد که من خوب نیستم.

حالت من بالغ به وسیله مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و طرح‌های رفتاری خودمختار و مستقل توصیف می‌شود که با واقعیت موجود تطبیق و هماهنگی دارند. حالت من بالغ برای بقاء لازم است. این حالت داده‌ها را به جریان می‌اندازد، تجزیه و تحلیل می‌کند و احتمالاتی که برای حل و فصل مؤثر دنیای خارج ضروری هستند، محاسبه می‌کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰) و یک فرد معتاد در گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به چنین حالتی برسد.

جنبه بالغ می‌تواند از طریق تمرین، رشد و توسعه پیدا کند. اگر بالغ از احتمال وقوع مشکلی در آینده هشیار باشد، از طریق ارزیابی احتمالات می‌تواند راه‌حلی نیز برای آن مشکل بیندیشد (هریس، ترجمه فصیح، ۱۳۸۱). وظیفه دیگر حالت من بالغ منظم کردن فعالیت‌های من کودکی و من والدینی و واسطه شدن عینی میان آنهاست (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰). کار مداوم بالغ بررسی اطلاعات قدیمی، اعتبار دادن یا ندادن و بالاخره دوباره بایگانی کردن آنها برای استفاده در آینده است (هریس، ترجمه فصیح، ۱۳۸۱) و این‌ها موضوعاتی هستند که معتادان در گروه درمانی یاد می‌گیرند و سعی می‌کنند از آن در زندگی واقعی استفاده کنند.

روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به بهبود سلامتی خود در روابط درون‌فردی مانند، بهبود کارکرد خود و تحمل استرس، آگاهی از محرک‌هایی که رفتار و عقاید غیرمنطقی را تحریک می‌کنند، آگاهی از نوع زندگی مختل شده بر اساس پیش‌نویس‌های ناکارآمد، رها کردن

پیش‌نویس‌های ناکارآمد و دستوری و اصلاح پیش‌نویس‌های خود تخریبی منجر شود (مورو کامی و همکاران، ۲۰۰۶).

برخی پژوهشگران ارتباط بین استرس‌های زندگی و عود مصرف در افراد سیگاری (کامینز، جین و گیوینو^۱، ۱۹۸۵؛ مرملستین^۲ و همکاران، ۱۹۸۶)؛ الکلی (بلینگز و موس^۳، ۱۹۸۳؛ کروونکیت^۴ و موس، ۱۹۸۰)؛ و معتادان افیونی (چانی و روسزل^۵، ۱۹۸۵؛ کاستن، روانساویل و کلبر^۶، ۱۹۸۳) را گزارش کرده‌اند (نقل از مک‌ماهون^۷، ۲۰۰۱) و گروه درمانی را به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر در پیشگیری از عود دانستند (سامو^۸، ۲۰۰۸؛ لیت^۹ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لتیمر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰).

به‌علاوه گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند به ارتقاء روابط بین‌فردی مانند بهبود نقش‌های متقابل فردی از طریق بازسازی روابط متقابل، بهبود محیط اجتماعی افراد، ارتقاء کارآیی افراد از طریق سازمان‌بندی زمان و گرایش به یک زندگی مؤثر منجر شود (مورو کامی و همکاران، ۲۰۰۶). برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباطات بین‌فردی در طول دوره درمان مصرف مواد، با نتایج مثبتی مانند کاهش مصرف و تکمیل برنامه درمانی مرتبط است (نورما^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰). گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل در افرادی که مواد مصرف می‌کنند می‌تواند منجر به تقویت بالغ‌شود و نتایج مثبتی در ارتباط با حمایت اجتماعی داشته باشد. فوزیا و نرش^{۱۲} (۲۰۰۹) نشان دادند که ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان عود وجود دارد. بنابراین با توجه به تأکید فراوان این نظریه بر تقویت بالغ، به‌عنوان مسئول اجرایی شخصیت، علاوه بر آثار شناختی - رفتاری و هیجانی مؤثر آن، ممکن است منجر به افزایش مسئولیت‌پذیری (ترکان و همکاران، ۱۳۸۵) و

1. Cummings, Gaen & Giovino
2. Mermelstein
3. Billings & Moos
4. Croncite
5. Chaney & Roszell
6. Kasten, Rounsavill & kleber
7. McMahan
8. Samov
9. Litt
10. Latimer
11. Norma
12. Fauziah & Naresh

همچنین موجب کاهش هیجان‌مداری و افزایش مسئله‌مداری در افراد شود (فرهنگی و شعریاف، ۱۳۸۵) و کاهش وسوسه و میل به مصرف مجدد مواد را در پی داشته باشد. جلسات تحلیل رفتار متقابل در افراد سم‌زدایی شده ممکن است باعث ایجاد نگرش واقع‌بینانه به مسائل روزمره شده و فرد را در رویارویی با موقعیت‌های وسوسه‌انگیز برای مصرف مواد محافظت کند.

در مجموع به نظر می‌رسد، آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل با اصلاح عملکردهای شناختی و افزایش تفرد و تحقق خویشتن و همچنین کمک به افراد برای رسیدن به استقلال و خودپیزی و رهاشدن از الگوهای ناکارآمد و مخرب مانند مصرف مواد، ترک عدم مسئولیت‌پذیری و یا ناامیدی ناشی از پیش‌نویس‌های ناکارآمد و مخرب، ایجاد امید و حسن‌نیت نسبت به خود، دیگران و دنیا، با انتخاب وضعیت سالم زندگی، می‌تواند در طی یک فرآیند اصلاح درون‌فردی - میان‌فردی، به‌ویژه در بین افراد وابسته به مواد که در این زمینه‌ها مشکل دارند، منجر به ارتقاء سطح پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و افزایش احساس خودکارآمدی شده و موجب کاهش وسوسه مصرف در افراد سم‌زدایی شده، شود.

حجم کم آزمودنی‌های پژوهش، استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و تقسیم آزمودنی‌ها به گروه کنترل و آزمایش به صورت غیرتصادفی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشند که می‌تواند منجر به کاهش تعمیم‌پذیری نتایج شود. بنابراین استفاده از نمونه‌هایی با حجم بالا، انتخاب دقیق گروه‌های کنترل و آزمایش و هم‌تا کردن آزمودنی‌ها در همه‌ی زمینه‌ها برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی؛ نیومن، کوری اف و لیس، بروس اس. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. (ترجمه محمد علی گودرزی). شیراز: انتشارات رهگشا.
- ترکان، هاجر؛ کلانتری، مهرداد و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال دوم، شماره ۸، ۳۸۳-۴۰۳.

اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل...

جونز، ون و استوارت، یان. (۱۳۷۶). روش‌های نوین در روانشناسی تحلیل رفتار متقابل. (ترجمه بهمن داد گستر)، تهران: نشر اوحدی.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد، فرید؛ علی اصغر، عاطف؛ وحید، محمد کاظم و بوالهری، جعفر. (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ۷، صفحه ۵۹-۴۳.

دلاور، علی. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. ویرایش دوم، تهران: انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۰). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات نشر دانشگاهی.

فرهنگی، فرهنگ و آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا. (۱۳۸۵). تاثیر روان درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان. مطالعات تربیتی و روانشناختی، ۷(۲): ۴۱-۶۲.

فیروز آبادی، عباس. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه فردوسی مشهد. کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. (ترجمه نصرت... پورافکاری)، جلد اول، تبریز: انتشارات شهر آب.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.

هریس، تامس، آ. (۱۳۸۱). وضعیت آخر. (ترجمه اسماعیل فصیح). تهران: انتشارات زریاب.

Booth, L. (2007). Observations and reflections of communication in health care - could Transactional Analysis be used as an effective approach. *Journal of Radiography*, 13, 135,141.

Clayton, H. S., & Dunbar, L. R. (1977). Transactional analysis an alcohol safety program. *Social work*, volume 22 (3), 209-213.

Fauziah, I., & Naresh, K. (2009). The Influence of Community on Relapse Addiction to Drug use: Evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, 11 (3), 471- 476.

Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 261-278.

- Jeness, F. C. (1975). Comparative Effectiveness of Behavior Modification and Transactional Analysis Programs for Delinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 43(6), 758-779.
- Keçeci, A. and Tasocak, G. (2009). Nurse faculty members' ego states: Transactional Analysis Approach. *Nurse Education Today*, 29, 746-752.
- Latimer, W. W., Newcomb, M., Winters, K. C., & Stinchfield, R. D. (2000). Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial, and treatment factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 684-696.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. I., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Marlatt, G. A. (1999). Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behavior. *Journal of addictive behavior*, 15, 4: 395-399.
- McMahon, C. R. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21:77-87.
- Murakami, M., Matsuno, T., Koike, K., Ebana, S., Hanaoka, K., & Katsura, T. (2006). Transactional analysis and health promotion. *International Congress Series*, 1287: 164-167.
- Norma, G., Bartholomew, M. A., Hiller, M. L., Kevin, K., Diane, C., Nucatola, M. S., Simpson, D. D. (2000). Effectiveness of communication and relationship skills training for men in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 217-225.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (2002). Psychopathology, treatment completion, and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 135-142.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., Kaysen, D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: examination of the role victim and perpetrator substance use. *Addictive Behaviors*, 34, 316 - 318.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1999). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.
- Somov, G. P. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151-161.
- van de Brink, W., & Haasen, C. (2006). Evidence-based treatment of opioid-dependent patients. *Canada Journal of Psychiatry*, 51, 635-646.
- Veilleux, C. J., Peter, J., Colvin, J. P., Anderson, J., York, C., Heinz, J. A. (2009). A review of opioid dependence treatment: Pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*.
- Yan, Y., Nabeshima, T. (2009) Mouse model of relapse to the abuse of drugs: Procedural considerations and characterizations. *Behavioural Brain Research*, 196, 1-10.