

مقاله‌ی پژوهشی

تأثیر استعاره‌درمانی فردی بر باورهای غیرمنطقی افراد وابسته به سوءمصرف مواد مخدر

خلاصه

مقدمه: وابستگی به مواد، یک بیماری مخرب، پیشرونده و مزمن است. درمان-های روان‌شناختی متمرکز بر باورهای افراد، می‌تواند در درمان این بیماری، موثر واقع گردد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی استعاره‌درمانی فردی بر باورهای غیر منطقی افراد وابسته به سوء مصرف مواد مخدر انجام شد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این کارآزمایی بالینی شامل تمام افراد وابسته به سوء مصرف مواد مخدر بود که در بهار سال ۱۳۹۳ به کلینیک‌های درمان نگهدارنده با متادون در سطح شهر کرمانشاه مراجعه نموده بودند. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، تعداد ۳۸ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمون و یا شاهد قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های شخصیتی چندمحوری میلون و باورهای غیرمنطقی جونز، هم‌چنین برنامه‌ی استعاره‌درمانی در گروه آزمون بود. داده‌ها با استفاده از آزمون مانووا در نرم-افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که استعاره‌درمانی منجر به کاهش معنی‌دار در باورهای نیاز به تایید، انتظار از خود بالا، بازفعالی ناامیدی، بیش‌توجهی مضطربانه و کمال‌طلبی می‌گردد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد استعاره‌درمانی می‌تواند واکنش‌های بیمار را بدون بالا بردن اضطراب وی، خنثی سازد و به بیمار از طریق ایجاد آگاهی و یا بازسازی شرایط، کمک نماید لذا پیشنهاد می‌شود که از این روش درمانی برای بازسازی شناختی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: استعاره‌درمانی، باور، درمان شناختی، سوء مصرف مواد

سعید کامی

مرکز تحقیقات پیشگیری از سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
مرکز توسعه‌ی تحقیقات بالینی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

علی زکی

مرکز تحقیقات پیشگیری از سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
مرکز تحقیقات ارتقای بهداشت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مژگان سعیدی

مرکز بازتوانی قلبی، بیمارستان امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مهديه برهانی معانی

پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

مرکز تحقیقات ارتقای بهداشت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

zakieiali@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۴/۰۱/۳۰

تاریخ تایید: ۹۵/۰۲/۰۱

پی‌نوشت:

این پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT92380N به ثبت رسیده و پس از تایید معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام مسئولان و بیماران که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

مقدمه

وجود نتایج و عواقب آن قابل قبول است. مثلا این حق من است که مواد بکشم چرا که شب و روز زحمت می‌کشم پس به عواقبش می‌ارزد (۸). بک و همکاران در سال ۱۹۹۳ الگوی شناختی سوء مصرف مواد را به این شکل نشان دادند:

میل زیاد به مصرف مواد ← افکار خودکار ← فعال شدن باورهای اصلی فرد در مورد مواد مخدر ← شرایط بیرونی و درونی ← باورهای تسهیل کننده ← رو آوردن به روش‌های عملی برای دستیابی به مواد ← تداوم مصرف یا عود مجدد

در پی تغییر این باورها، روان‌شناسان و بالاختصاص شناخت درمانگران همواره در پی رویکردهای درمانی تاثیرگذار بوده‌اند. یکی از این روش‌ها که البته توجه بسیار اندکی به آن شده روش تمثیل‌درمانگری است. مدت‌ها پیش از ابداع روان‌درمانگری جدید، داستان‌ها، اساطیر و تمثیل‌ها به منزله‌ی یکی از عوامل اصلاح، بازسازی و درمان عامیانه، در کمک به حل تعارضات درونی انسان‌ها نقش عمده‌ای داشته‌اند. مثلا در فرهنگ ایرانی، مثنوی معنوی که نقطه‌ی اوج تجلی قدرت و نفوذ تمثیل در شعر فارسی است، داستان و قصه را ابزار بازسازی شناختی، بازآموزی و اصلاح و تغییر رفتار ساخته است. تمثیل با ظرافت خاص خود از طریق تصویرسازی عینی مفاهیم پیچیده به شنونده یا خواننده می‌آموزد که هر چیزی واجد یک ساخت است و همواره در درون هر ساختی، تغییر، امکان‌پذیر است و این که بیش از یک منظر یا چشم‌انداز وجود دارد (۹). معمولا هنگام گفتگو درباره موضوعی ناخوش آیند که مراجع تمایل دارد از گفتن آن اجتناب کند تمثیل‌ها هم‌چون پل‌هایی قلمداد می‌شوند که به صورت غیر مستقیم راه را برای گفتگو هموار می‌کنند (۱۰، ۱۱). بزرگسالان غالبا با قصه و داستان، رابطه‌ی مناسبی برقرار می‌کنند و آن چه را که به طور مستقیم پذیرا نیستند و در برابر آن مقاومت نشان می‌دهند از طریق تمثیل‌ها بسیار راحت‌تر می‌پذیرند (۱۲). تمثیل که به صورت درک و تجربه‌ی چیزی در قالب واژه‌هایی دیگر تعریف می‌شود (۱۳) می‌تواند در تشخیص بیماری‌های روانی جدی و پایدار مثل اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی و افسرده‌خویی (۱۴)، بهبود رشد شخصی، پذیرش خود، افزایش حس قدردانی از زندگی، و کاهش میزان اضطراب (۱۵)، ارتقای رشد شناختی (۱۶)، رشد خودپنداره (۱۷) و افزایش حس مسئولیت‌پذیری در زمینه‌ی خود مدیریتی (۱۸) موثر باشد.

استفاده از تمثیل‌ها به جای پیشنهادات درمانی مستقیم، دفاع‌های مراجع را در برابر تغییر کارکرد، تضعیف کرده و باعث افزایش اثربخشی مداخلات درمانی می‌شود (۲۱-۱۹). طبق بررسی سلیمی و همکاران (۲۲) درمان به روش تمثیل به دلیل قربات فرهنگی با جامعه‌ی ایرانی می‌تواند به خوبی قابل استفاده و اثربخش باشد. بنابراین، با توجه به شیوع اعتیاد در

موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن در همسایگی کشورهای که از قطب‌های تولید مواد مخدر در جهان هستند موجب شیوع بالای مصرف مواد مخدر و اعتیاد در این کشور شده است (۱). اعتیاد، بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب‌کننده‌ای است که نه تنها می‌تواند باعث مرگ فرد مبتلا شود، بلکه به خانواده و جامعه‌ی فرد نیز منجر می‌گردد (۲). بر اساس گزارش جهانی، سوء مصرف مواد مخدر در سال ۲۰۰۰ در حدود ۲/۸ درصد جمعیت بوده و این روند طی سال‌های اخیر هم‌چنان در حال رشد است (۳). در ایران نیز آمار اعتیاد طی چهار دهه‌ی اخیر در نوسان بوده و شیوع آن در جمعیت عمومی در سال ۱۳۹۰ معادل ۱/۳۲۵/۰۰۰ نفر بوده است (۴).

دیدگاه‌های مختلفی درباره‌ی گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد. نظریه‌های رفتاری بر محیط و نظریه‌های شناختی بر افکار ناکارساز و باورهای غیرمنطقی این افراد اشاره می‌کنند. در رویکرد شناختی، مشکلات عاطفی و روان‌شناختی افراد از شناخت‌واره‌ها، خطاهای فکری، تحریف‌های شناختی و باورهای غیر منطقی ناشی می‌شود (۵). بر این اساس، افراد در مرادوات اجتماعی و رخدادهایی که برای‌شان اتفاق می‌افتد، اکثرا به هنگام ادراک و تفسیر وقایع با خطاهای فکری از قبیل اغراق، فاجعه‌پنداری، تحریف، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، تعمیم مبالغه‌آمیز و غیره مواجه می‌شوند. از این رو، وقایع و رویدادها را عامل اصلی ناراحتی و مشکلات خود می‌پندارند، در حالی که وقایع و رویدادها به خودی خود نمی‌توانند باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی در افراد شوند، بلکه شیوه‌ی فکری و سبک پردازش اطلاعات و معنادهی به وقایع یا همان تفسیر رویدادها است که این گونه احساسات و هیجانات منفی را در افراد، ایجاد می‌کند (۶). بر اساس نظریه‌ی الیس وقتی موقعیتی پیش می‌آید (A در تحلیل ABC)، افکار و باورهای ما (B) فعال می‌شوند و بعد عواقب رفتاری (C) به وجود می‌آیند. بر این اساس، مدل ABC الیس معتقد است برای تغییر دادن رفتار و احساسات، به ویژه در رابطه با سوء مصرف مواد و الکل، باید طرز تفکر افراد را تغییر داد (۷).

سه گروه از باورهای ناکارآمد به تصمیم ناگهانی فرد برای مصرف مواد می‌انجامد که عبارت‌اند از: باورهای پیش‌بینی‌کننده، باورهای تسکین‌جویی و باورهای تسهیل‌کننده و آسان‌گیری. باورهای پیش‌بینی‌کننده به وجود انتظاراتی خاص از مواد مخدر اشاره دارند. مثلا این که اگر ماده‌ی مخدر استفاده کنم آدم پر قدرتی می‌شوم. باورهای تسکین‌جویی آن‌هایی هستند که در مورد ویژگی آرام‌بخشی مواد شکل می‌گیرد. مثلا اگر ماده‌ی مخدر را مصرف نکنم میل به مصرف آن کماکان ادامه می‌یابد. باورهای آسان‌گیرانه، باورهایی است که در آن‌ها مصرف مواد حتی با

درمانگری اجرا می‌شد. هم‌زمان با این جلسات، نفرات گروه شاهد نیز در شش جلسه با درمانگر حضور داشتند و درباره وضعیت سوءمصرف و مضرات مواد با آنان گفتگو می‌شد. با این که در طی جلسات ۲ نفر از اعضای گروه آزمون از جریان درمان خارج شدند (یک زن دریافت-کننده‌ی متادون و یک مرد دریافت‌کننده‌ی شربت تریاک)، تمامی نفرات گروه شاهد جلسات را به پایان بردند. در پایان، پس از آزمون توسط همان روان‌شناس مجری پیش‌آزمون انجام و داده‌ها جمع‌آوری گردید. گفتنی است به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه‌ی پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، درمان مذکور به گروه شاهد نیز ارائه گردید.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی باورهای غیرمنطقی جونز: این آزمون که دارای ۱۰۰ سؤال است به عنوان ابزار اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه که بر اساس نظریه‌ی الیس (۱۹۶۲) در سال ۱۹۶۹ توسط جونز ساخته شد و دارای ۱۰ خرده‌مقیاس است که هر خرده‌مقیاس نیز ۱۰ آیتم را شامل می‌شود. درجه‌بندی پرسش‌ها بر پایه‌ی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به این درجات مشخص می‌کند. در هر خرده-مقیاس، نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی شدت باور غیرمنطقی است. جونز پایایی آزمون به روش بازآزمایی را ۰/۹۲ و پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه‌ی آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین تمام خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۴ گزارش نمود. هم‌چنین، ضریب همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک ۰/۸۲ گزارش شده است (به نقل از ۲۴).

مطابق مطالعات بهره‌مند و همکاران (۲۵) و صاحبی (۹،۱۲)، تمثیل-درمانی طی ۵ جلسه یک ساعته به کار گرفته شد، به طوری که در هر جلسه دو داستان تمثیلی در رابطه با دو باور غیرمنطقی به بیمار ارائه و از وی درخواست شد که بین تمثیل و افکار، عواطف و رفتارهایش به خصوص در حوزه‌ی سوءمصرف مواد ارتباط برقرار کند. در پایان هر جلسه، فرم‌های تکالیف رفتاری در اختیار بیمار قرار گرفت و از او درخواست شد که به طور روزانه تمثیل‌های ارائه شده را به طور ذهنی مرور نماید. در آغاز هر جلسه، تکالیف رفتاری جلسه‌ی قبل بررسی می‌شد. تمثیل‌درمانی توسط یک روان‌شناس بالینی مجرب به طور هفتگی طی ۵ جلسه یک‌ساعته و به طور فردی به بیماران گروه آزمون ارائه گردید. جلسات در همان کلینیکی که بیمار دارو دریافت می‌کرد، برگزار شدند.

جامعه‌ی ایران و با در نظر گرفتن این که، جدالی همیشگی در مورد موثرترین شیوه‌ی برخورد با مشکلات مربوط به مواد وجود دارد (۲۳)، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تمثیل‌درمانگری فردی بر کاهش باورهای غیرمنطقی وابستگان به مواد مخدر تحت درمان متادون و شربت تریاک انجام گرفت.

روش کار

جامعه‌ی آماری کارآزمایی بالینی (با کد ۹۲۳۸۰) شامل تمامی معتادین مراکز درمان نگهدارنده با متادون شهر کرمانشاه بود که در بهار سال ۱۳۹۳ تحت درمان متادون یا شربت تریاک قرار داشتند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر بود که به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب و در یکی از دو گروه آزمون یا شاهد قرار گرفتند.

پس از انتخاب تصادفی ۲۰۰ آزمودنی از ۱۰ کلینیک درمان نگهدارنده با متادون، پرسش‌نامه‌ی MMPI-2 در اختیار ۱۷۴ نفر از آن‌ها که برای شرکت در مطالعه ابراز رضایت کردند قرار گرفت تا غربالگری اولیه به منظور تعیین وجود ملاک‌های ورودی پژوهش به عمل آید. ملاک‌های ورودی پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۸ تا ۷۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن نمره‌ی T بالاتر از ۷۰ در مقیاس‌های بالینی آزمون MMPI-2 و مصرف متادون یا شربت تریاک. بعد از این مرحله، تعداد ۱۳۴ نفر به دلیل نداشتن حداقل یکی از ملاک‌های ورودی کنار گذاشته شدند. سپس، پیش‌آزمون توسط یک روان‌شناس بی‌اطلاع از موضوع مطالعه انجام شد و ۴۰ نفر باقی‌مانده به صورت تصادفی طبقه‌ای در یکی از دو گروه آزمون یا شاهد (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند.

پرسش‌نامه‌ی باورهای غیرمنطقی جونز به عنوان ابزار اندازه‌گیری پیش-آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت و روش تمثیل‌درمانگری روش اصلی مداخله در این مطالعه بود که در قالب جلسات مشاوره‌ی فردی به گروه آزمون ارائه شد. مداخله‌ی درمانی با روش تمثیلی طی شش جلسه‌ی هفتگی یک‌ساعته و به صورت انفرادی به بیماران گروه آزمون ارائه گردید. به این صورت که در راستای هر یک از ۱۰ باور غیرمنطقی یک داستان تمثیلی به بیمار ارائه می‌شد و طی جلسه از وی درخواست می‌شد تا ارتباط تمثیل ارائه شده را با زندگی جاری خود، شناسایی و توضیح دهد. در هر جلسه، دو تمثیل در راستای دو باور غیرمنطقی به بیمار ارائه می‌شد و در پایان تکالیف رفتاری به صورت یک بروشور در اختیار وی قرار می‌گرفت. البته جلسه‌ی اول به آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی اختصاص داشت و در پنج جلسه‌ی دیگر تمثیل

جدول ۱- محتوای جلسات تمثیل‌درمانی

محتوای مداخله

جلسه‌ی اول به مقدمه و معارفه، برقراری رابطه‌ی درمانی و تشریح ۵ جلسه‌ی تمثیل‌درمانی اختصاص داشت.

جلسات

- ۲ در این جلسه، دو داستان تمثیلی در رابطه با تاییدطلبی و انتظار بالا از خود به بیمار ارائه شد و از وی درخواست گردید که بین داستان‌ها و افکار، عواطف و رفتارهایش به خصوص در زمینه‌ی سوءمصرف مواد، ارتباط برقرار کند. در پایان جلسه فرم‌های تکالیف رفتاری به بیمار ارائه گردید و تمثیل‌ها را در ذهن داشته باشد و مرور کند و ببیند که چه تغییری در افکار و رفتارش ایجاد می‌کند.
- ۳ بعد از بررسی تکالیف رفتاری بیمار، از بیمار درخواست شد که درباره‌ی سرزنش خود و واکنش با ناکامی صحبت کند. بعد از یادآوری باورهای غیر منطقی توسط بیمار، داستان‌های تمثیلی آمادگی سرزنش و واکنش به ناکامی به او ارائه شدند.
- ۴ در ابتدا تکالیف خانگی بیماران بررسی شد. از بیمار درخواست شد که درباره‌ی افکار، عواطف و رفتارهایش به خصوص در زمینه‌ی سوءمصرف مواد صحبت کند. سپس دو داستان تمثیلی درباره‌ی بی‌مسئولیتی هیجانی و نگرانی و اضطراب بیش از حد به وی ارائه گردید.
- ۵ در این جلسه باورهای غیر منطقی اجتناب از مشکل و وابستگی بررسی شدند. سپس، دو داستان تمثیلی درباره‌ی اجتناب از مشکل و وابستگی به بیمار ارائه شد و از وی درخواست گردید که بین داستان‌ها و افکار، عواطف و رفتارهایش به خصوص در زمینه‌ی سوءمصرف مواد ارتباط برقرار کند.
- ۶ در جلسه‌ی پایانی تمثیل‌های ارائه شده در جلسات قبل مرور شد. سپس، داستان‌های تمثیلی مربوط به درماندگی در برابر تغییر و کمال‌گرایی به بیمار ارائه شدند و باورهای بیمار توسط درمانگر به چالش کشیده شدند. در پایان دوره‌ی درمان، از بیماران تقاضا شد که تمثیل‌های ارائه شده را به خاطر داشته باشند و از نتایج آن‌ها بهره‌مند شوند.

پس آزمون	۳۱/۷۵	۵/۲۹	۳۰/۷۷	۷/۱۵
تمایل به سرزنش	پیش آزمون	۳۰/۷۵	۴/۴۳	۲۸/۱۶
واکنش به ناکامی	پیش آزمون	۳۱/۹۵	۴/۹۰	۳۷/۹۴
بی‌مسئولیتی هیجانی	پیش آزمون	۳۰/۰۵	۵/۳۷	۳۲/۶۱
نگرانی توأم با اضطراب	پیش آزمون	۳۲/۴۵	۶/۲۷	۳۹/۶۱
اجتناب از مشکل	پیش آزمون	۳۰/۸۰	۶/۰۷	۳۸/۸۸
وابستگی به دیگران	پیش آزمون	۳۰/۱۵	۳/۹۶	۳۴/۵۵
درماندگی نسبت به تغییر	پیش آزمون	۳۰/۳۵	۳/۹۹	۳۱/۲۲
کمال‌گرایی	پیش آزمون	۳۱/۴۵	۵/۷۰	۳۲/۷۷
	پس آزمون	۳۲	۶/۳۳	۳۲
	پیش آزمون	۳۲/۳۵	۵/۱۴	۳۹/۲۷
	پس آزمون	۳۲/۳۰	۶/۰۲	۳۸
	پیش آزمون	۳۰/۲۵	۵/۱۶	۳۴/۷۲
	پس آزمون	۳۱/۱۰	۳/۷۵	۳۱/۵۵
	پیش آزمون	۳۱/۴۰	۲/۷۲	۳۱/۸۳
	پس آزمون	۳۰/۹۵	۳/۶۹	۲۸/۳۳

داده‌های ۳۸ نفر با روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه‌ی تفاوت بین نمرات قبل و بعد از مداخله، تحلیل به کار گرفته شد. با توجه به وجود ۱۰ متغیر وابسته که هر کدام ممکن است بر دیگری اثر بگذارند، بهتر بود که از مانکوا استفاده می‌شد. با این حال، ما به دلیل عدم رعایت پیش‌فرض‌های مانکوا شامل نورمالیتی، داده‌های پرت، خطی بودن، هم‌خطی بودن، و همگنی واریانس‌ها از مانووا استفاده کردیم. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پیوسته نیز گزارش شد. سطح معنی‌داری کمتر از پنج صدم به عنوان معنی‌داری آماری در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه، در گروه آزمون ۴ زن و ۱۶ مرد حضور داشتند که ۱۱ نفر آن‌ها متادون و ۹ نفر شربت تریاک دریافت می‌کردند. در گروه شاهد نیز ۴ زن و ۱۶ مرد حضور داشتند که ۱۱ نفر متادون و ۹ نفر شربت تریاک می‌گرفتند.

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمون و شاهد آمده است. برای مقایسه‌ی تفاوت بین نمرات قبل و بعد از مداخله، مانووا به کار گرفته شد. این نتایج در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس-

آزمون دو گروه آزمون و شاهد

باورهای غیر منطقی	مرحله	گروه شاهد	پس آزمون
میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف
استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران	پیش آزمون	۳۱/۷۵	۳/۶۴
	پس آزمون	۳۱/۵۵	۴/۷۴
انتظار بیش از حد از خود	پیش آزمون	۳۲/۲۰	۴/۴۲
	پس آزمون	۳۱/۶۱	۴/۸۴

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه‌ی تفاضل

نمرات پیش آزمون و پس آزمون

اثر	آزمون	F Value	Hypothesis df	Error df	P	Partial Eta Squared
گروه	۲/۹۲	۰/۵۰	۹	۲۶	۰/۰۱	۰/۵۰
گروه+دارو	۱/۱۳	۰/۷۲	۹	۲۶	۰/۳۷	۰/۲۸
گروه+جنس	۲/۰۶	۰/۵۸	۹	۲۶	۰/۰۷	۰/۴۲

با توجه به میزان F محاسبه شده برای اثر گروه که برابر با ۲/۹۲ می‌باشد می‌توان گفت که حداقل در یکی از تفاضل‌ها در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین برای بررسی این که تغییرات در کدام مولفه‌ها معنی‌دار است، برای تک تک باورهای غیر منطقی تحلیل واریانس یک-سویه در متن چندمتغیره انجام شد که نتایج در جدول ۴ آمده است. به

ناهنجار خود پیدا کرده و اندکی آرام بگیرند. هر چه زمان سوء مصرف آنها طولانی تر گردد این باور غیر منطقی نیز تحکیم می شود و به صورت جزئی از باورهای فرد درمی آید. در این بین، تمثیل درمانگری به بهبود رشد شخصی و پذیرش خود در این افراد کمک می کند (۱۵) و باعث می شود که خودپنداره‌ی آنها ارتقا پیدا کند (۱۷).

افراد وابسته به مواد عموماً خیلی دیر به این پذیرش می رسند که وابسته شده‌اند و گاهی حتی تا سالیان دراز از پذیرش این واقعیت سر باز می زنند. آنها هم چنان بر این باورند که سلامت جسمانی کافی دارند و قدرت انجام هر کاری را دارند، دریغ از این که وضعیت جسمانی فعلی آنها اجازه‌ی انجام خیلی از کارها را به آنها نمی دهد. با این حال، زمانی که سعی می کنند برخی از این امور را انجام دهند به ناتوانی خود پی برده و شدیداً احساس یاس می کنند. در این جا تمثیل درمانگری، دفاع‌های آنها را در برابر این تغییرات کارکردی تضعیف کرده (۱۹) و به پذیرش واقعیت موجود در آنها کمک می کند.

در تبیین این یافته که تمثیل درمانگری بر واکنش این افراد به ناکامی تاثیر می گذارد باید گفت افراد وابسته به سوء مصرف مواد، معمولاً احساس درماندگی زیاد و مسئولیت پذیری اندکی دارند و به محض برخورد با کوچکترین مانعی به شدت برآشفته می شوند. حال، تمثیل درمانگری می تواند به واسطه‌ی افزایش حس مسئولیت پذیری در زمینه‌ی خودمدیریتی به این افراد کمک کند (۱۸).

هم چنین، مشخص شد که تمثیل درمانگری به طور معنی داری در کاهش نگرانی توأم با اضطراب در معتادین موثر است. با توجه به وضعیت خانوادگی، اجتماعی، و اقتصادی اکثر این افراد، وجود سطوح بالای اضطراب در این بیماران غیر طبیعی نیست. تمثیل درمانگری به واسطه‌ی منحرف نمودن توجه بیمار از زمان گذشته یا آینده به زمان حال و با پر رنگ جلوه دادن نقش خود فرد در کاهش مشکلات جاری به کاهش میزان اضطراب منجر می شود (۱۵) اما کمال گرایی که از همان ابتدای دوران سوء مصرف یکی از باورهای ناکارآمد این بیماران است به واسطه‌ی کلماتی از قبیل «همیشه» و «هرگز» در بیان آنها نمود پیدا می کند. برای مثال، فرد معتاد می گوید: «اگر آن اتفاق نمی افتاد آشفته نمی شدم و هرگز مصرف نمی کردم» یا «همیشه یک سری مسایل هست که نمی گذارد درمانم به نتیجه برسد». در این راستا، تمثیل درمانگری می تواند به واسطه‌ی ارتقای رشد شناختی بیمار به کاهش کمال گرایی این افراد منجر شود (۱۶).

از سوی دیگر، همسو با یافته‌ی پاول و همکاران (به نقل از ۱۱) مبنی بر عدم تاثیر تمثیل درمانگری در ارتقای خودپنداره، یافته‌های بررسی حاضر نشان داد که تمثیل درمانگری تاثیر معنی داری در کاهش باورهای از قبیل

علاوه، نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تعامل بین گروه و دارو و تعامل بین جنسیت و گروه، معنی دار نیست یعنی متغیرهای نوع داروی مصرفی و جنسیت نتوانسته‌اند در مداخله‌ی آزمایشی تاثیری نگذاشته‌اند.

جدول ۴- بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها

Partial Eta Squared	P	F	ms	df	SS	باورهای غیرمنطقی
۰/۱۷	۰/۰۱	۷/۲۱	۹۶/۸۰	۱	۹۶/۸۰	ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران
۰/۲۲	۰/۰۰۴	۹/۶۹	۲۲۳/۲۳	۱	۲۲۳/۲۳	انتظار بیش از حد از خود
۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۹۳	۲۷/۳۲	۱	۲۷/۳۲	تمایل به سرزنش
۰/۱۲	۰/۰۳	۵/۰۰	۷۳/۹۷	۱	۷۳/۹۷	واکنش به ناکامی
۰/۰۱	۰/۵۱	۰/۴۳	۹/۲۶	۱	۹/۲۶	بی مسئولیتی هیجانی
۰/۱۲	۰/۰۳	۴/۷۷	۱۰۹/۵۱	۱	۱۰۹/۵۱	نگرانی توأم با اضطراب
۰/۰۳	۰/۳۲	۱/۰۱	۱۳/۸۲	۱	۱۳/۸۲	اجتناب از مشکل
۰/۰۳	۰/۳۲	۱/۰۰	۱۶/۱۱	۱	۱۶/۱۱	وابستگی به دیگران
۰/۰۳	۰/۳۲	۱/۰۱	۱۳/۸۲	۱	۱۳/۸۲	درماندگی نسبت به تغییر
۰/۱۱	۰/۰۴	۴/۲۱	۷۷/۲۹	۱	۷۷/۲۹	کمال گرایی

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که تفاوت معنی داری در تفاضل بین پیش-آزمون و پس آزمون‌ها در باورهای ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بیش از حد از خود، واکنش به ناکامی، نگرانی توأم با اضطراب و کمال گرایی وجود دارد و این یعنی تمثیل درمانگری در کاهش این ۵ خرده‌مقیاس از باورهای غیر منطقی تاثیر معنی داری داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تمثیل درمانگری فردی بر کاهش باورهای غیر منطقی معتادین تحت درمان متادون و شربت تریاک انجام گرفت. نتایج نشان داد که این مداخله در کاهش پنج باور ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بیش از حد از خود، واکنش به ناکامی، نگرانی توأم با اضطراب و کمال گرایی، موثر است. این یافته با یافته‌های پیشین دال بر تاثیر تمثیل درمانگری بر کاهش مشکلات روانی و ارتقای مولفه‌های سلامت روان همخوانی دارد (۱۸، ۱۰-۲۶، ۲۵، ۲۲، ۲۱، ۱۴).

در تبیین این یافته که تمثیل درمانگری تاثیر معنی داری در کاهش ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران دارد، می توان گفت افراد وابسته به مواد به دلیل سوء مصرف طولانی مدت و پیامدهای رفتاری نامطلوب آن عموماً از طرف خانواده و اجتماع، طرد شده و دچار احساس گناه می گردند. یکی از مواردی که می تواند از بار این احساس گناه کم کند این است که توسط دیگران تایید شوند تا توجهی برای رفتارهای

توصیه می‌شود که این درمان، البته با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی خاص هر کشور، برای کاهش مشکلات روانی این گروه از بیماران به کار گرفته شود. ضمناً، قبل از انجام این پژوهش محققان این تصور را داشتند که بیماران دریافت‌کننده‌ی شربت تریاک بیش از آن که این داروی جدید را نوعی داروی پزشکی قلمداد کنند به چشم یک ماده‌ی مخدر قانونی به آن نگاه می‌کنند. بنابراین، آن‌ها این نوع روند درمانی را جدی نمی‌گیرند و احتمالاً از نتایج مثبت درمان‌های روان‌شناختی، به خصوص تمثیل‌درمانگری، بهرمنند نمی‌شوند. بر خلاف تصور محققان، نتایج نشان داد که این داروی ایرانی، تأثیر منفی بر روند تمثیل‌درمانگری ندارد و در روند مشارکت بیماران در جلسات روان‌درمانی و انجام تکالیف رفتاری، مزاحمتی ایجاد نمی‌کند. بنابراین، توصیه می‌شود این داروی ایرانی در سایر نقاط دنیا نیز برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر، خصوصاً افراد مسن، مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که تمثیل‌درمانگری فردی به طور معنی‌داری در کاهش باور ضرورت تایید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بیش از حد از خود، واکنش به ناکامی، نگرانی توأم با اضطراب و کمال‌گرایی موثر است ولی تأثیر معنی‌داری در کاهش تمایل به سرزنش، بی‌مسئولیتی هیجانی، اجتناب از مشکلات، وابستگی به دیگران و درماندگی نسبت به تغییر ندارد. از آن جایی که روش تمثیل‌درمانگری می‌تواند بدون تشدید اضطراب، به دفعات، دفاع‌های بیمار را خنثی کند و به واسطه‌ی ایجاد آگاهی تازه یا قاب‌بندی مجدد وضعیت بیمار به او کمک کند، پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی در بازسازی شناختی معتادین به کار گرفته شود.

«تمایل به سرزنش»، «بی‌مسئولیتی هیجانی»، «اجتناب از مشکلات»، «وابستگی به دیگران» و «درماندگی نسبت به تغییر» ندارد. یکی از دلایل این موضوع می‌تواند محتوای داستان‌ها و تمثیل‌های ارائه شده باشد که نتوانسته به خوبی پیام خود را منتقل کند. دلیل دوم، احتمالاً خود بیماران هستند زیرا تعمیم یک تمثیل به تمایل و توانایی مراجع در به کارگیری نیروی تخیل و تجسم‌اش بستگی دارد (۱۰). همچنین، دلیل دیگر می‌تواند فرایند شرطی شدن باشد زیرا برخی از این باورها به صورت کلاسیک و به دلیل هم‌زمانی با پیامدهای رفتاری بعدی شرطی شده‌اند. مثلاً این بیماران همواره به دلیل خطاهای‌شان با سرزنش دیگران مواجه شده‌اند و خود نیز برای جبران رفتار آن‌ها همین رفتار را با آن‌ها تکرار کرده‌اند یا این که به دلیل مشکلات مربوط به عزت نفس، همواره خود را فردی ناتوان و ضعیف یافته‌اند که توان مواجهه با مشکلات را ندارد و نیازمند اتکا به دیگران متکی است. در مقابل، اطرافیان نیز به این الگوی معیوب دامن زده‌اند و به واسطه‌ی تأمین نیازهای او، این باور غیر منطقی را تقویت کرده‌اند. الگوی ناکارآمدی که در حین جلسات درمانی نیز پابرجا بوده است و خود می‌تواند عاملی مهم در کاهش نقش تمثیل‌درمانگری باشد.

در پایان، لازم به ذکر است که این مطالعه صرفاً در یک شهر انجام گرفت و بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از لحاظ فراوانی دوره‌های درمانی و عود مجدد، وضعیت متنوعی داشتند. بنابراین، توصیه می‌شود که در مطالعات آتی، جامعه‌ی بزرگ‌تری انتخاب شود و سعی شود بیماران از لحاظ فراوانی دوره‌های درمانی وضعیت یکسانی داشته باشند. به علاوه، با توجه به نتایج به دست آمده درباره‌ی اثربخشی تمثیل‌درمانگری در کاهش نیمی از باورهای غیر منطقی افراد وابسته به مواد،

References

1. Heidari H, Sharif Malmir M, Kamran A, Beiranvand N. A comparative study of the causes of drug abuse from the perspective of addicts and their families among referred to addiction treatment centers in Iran. *J Health Syst Res* 2012; 8(6): 1017-26.
2. Norouzi MR, Naderi Sh, Binazadeh M, Sefatian S. [Comprehensive guide to addiction treatment]. Tehran: Pishgaman Tose'e; 2005: 16. (Persian)
3. Bahari F. [Addiction: Counseling and treatment]. Tehran: Danzheh; 2009: 14-15. (Persian)
4. Sarrami H, Ghorbani M, Minoee M. [Review of four decades of the prevalence researches of addiction in Iran]. *Quarterly journal of research on addiction* 2013; 7: 29-52. (Persian)
5. Bahreman M, Saeidi M, Komasi S. Non-coronary patients with severe chest pain show more irrational beliefs compared to patients with mild pain. *Korean J Fam Med* 2015; 36(4): 180-5.
6. Ellis A, Harper A. *guide to rational living*. 3rd ed. Hollywood: Wilshire books; 1998: 74-82.
7. Shafiabadi A. [Theories of counseling and psychotherapy]. Tehran: Center for Academic Publication; 2007: 115-34. (Persian)
8. Amini K, Amini D. [One step beyond psychology of opiate abuse]. Tehran: Abed; 2002: 80-81. (Persian)
9. Sahebi A. [Narrative therapy: the range of educational and therapeutic for metaphor]. Tehran: Arjmand; 2014: 8-14. (Persian)
10. Legowski T, Brownlee K. Working with metaphor in narrative therapy. *J Fam Psychother* 2001; 12(1): 19-28.
11. Powell ML, Newgent R, Lee SM. Group cinema-therapy: Using metaphor to enhance adolescent self-esteem. *Art Psychother* 2006; 33: 247-53.

12. Sahebi A. [Metaphor therapy: The use of metaphors in cognitive restructuring]. Tehran: Samt; 2008: 1-14. (Persian)
13. Lakoff G, Johnson M. Metaphors we live by. Chicago: University of Chicago; 1980.
14. Loue S. The transformative power of metaphor in therapy. LLC: Springer; 2008: 1-14.
15. Ruini C, Masoni L, Ottolini F, Ferrari S. Positive narrative group psychotherapy: The use of traditional fairy tales to enhance psychological well-being and growth. *Psychology of Well-Being: Theory Research and Practice* 2014; 4(13): 1-9.
16. Power R, Taylor CL, Nippold MA. Comprehending literally-true versus literally-false proverbs. *Child Language Teach Ther* 2001; 17: 1-18.
17. Geldard KM, Yin Foo R, Shakespeare-Finch JE. How is a fruit tree like you? Using artistic metaphors to explore and develop emotional competence in children. *Aust J Guid Couns* 2009; 19(1): 1-13.
18. Solberg H, Nysether GE, Steinbekk A. Patients' experiences with metaphors in a solution-focused approach to improve self-management skills: A qualitative study. *Scand J Pub Health* 2012; 40: 398-401.
19. Erickson MH. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. Rossi EL. (editor). New York: Irvington; 1980.
20. Haley J. Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton Erickson. New York: W.W. Norton and Company; 1973.
21. Wirtztum E, Vander Hart O, Friedman B. The use of metaphors in psychotherapy. *J Contemp Psychother* 1988; 18: 270-90.
22. Salimi Bajestani H, Shafiabadi A, Etemadi A, Ahmadi K. A comparison of the effectiveness of Adlerian counseling and cognitive reconstruction based on an allegory of student mental health. *J Behav Sci* 2012; 6(3): 11-12.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ Clinical psychiatry 10th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
24. Besharat MA. Parental perfectionism and children's test anxiety. *Psychol Rep* 2003; 93(3): 1049-55.
25. Bahreman M, Moradi G, Saeidi M, Mohammadi S, Komasi S. Reducing irrational beliefs and pain severity in patients suffering from non-cardiac chest pain (NCCP): A comparison of relaxation training and metaphor therapy. *Korean J Pain* 2015; 28(2): 88-95.
26. Stone C, Everts H. The therapeutic use of metaphor in interactive drawing therapy. *NZ J Couns* 2006; 26(4): 31-43.

