

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه‌ای، خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد

عادل آقا نیا امیر *

دانشجوی ارشد گروه روانشناسی گرایش بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله آملی

دکتر مجتبی قربانزاده

دکتری تخصصی سلامت

چکیده: هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه‌ای، خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد مخدر بود. روش تحقیق نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مراجعین مرد و زن وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر ساری که برای ترک موادمخدر تشکیل پرونده داده باشند، می‌شد که از بین تعداد نمونه ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۱۵ نفر) جای دهی شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اجتناب تجربه ای چندبعدی گامز و همکاران (۲۰۱۱)، خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲) استفاده شد. در تحقیق حاضر از رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت مبتنی بر روش دوانلو (۱۹۹۶) در شانزده جلسه برای گروه آزمایش استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر این مطلب بود که در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه از بیماران مرد و زن وابسته به موادمخدر گروه کنترل و آزمایش از نظر اجتناب تجربه‌ای، خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد با توجه به نتایج، رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت را می‌توان در جهت بهبود اجتناب تجربه‌ای، خودکارآمدی بیماران وابسته به موادمخدر به کار گرفت

کلید واژه‌ها: روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، اجتناب تجربه‌ای، خودکارآمدی

مقدمه: وابستگی به مواد یکی از مهم ترین مشکلات زندگی بشر به حساب می آید (لاندهلم، ۲۰۱۳) که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می شود (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). خودکارآمدی افراد وابسته به موادمخدر را نیز تحت تاثیر قرار می دهند. خودکارآمدی (اطمینان داشتن نسبت به توانایی های خود) با کنترل استفاده از مواد رابطه دارد (افشاری و همکاران، ۱۳۹۵). افرادی که خودکارآمدی، بالایی دارند معتقدند که می توانند به طور موثر با شرایط خاص مواجه شوند. از آنجایی که آن ها در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند تا جایی که به سطح بالایی از عملکرد دست یابند، در تکالیف استقامت می نمایند. این افراد مشکلات را گشایش می دانند، نه تهدید. بنابراین راه های جدید را برای کنار آمدن با مشکلات جست و جو می کنند. خودکارآمدی بالا ترس از شکست را کاهش می دهد و توانایی مسئله گشایی و تفکر تحلیل را بهبود می بخشد (مانوار، سورینا و ساپریانتا^۱، ۲۰۱۹). بندورا^۲ (۱۹۷۷) در نظریه شناختی-اجتماعی، خود کارآمدی را احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی و ادراک افراد از میزان مهارت که بر زندگی خود دارند، تعریف می کند (زیممرمن^۳، ۲۰۰۳). خودکارآمدی بر مراحل مختلف تغییر رفتار سوء مصرف مواد تاثیر می گذارد. بدین گونه که خود کارآمدی بر تلاش اولیه جهت غلبه بر مصرف مواد، موفقیت در دستیابی به تغییرات مطلوب، بهبودی پس از ترک و حفظ طولانی مدت زندگی عاری از مواد نقش مهمی ایفا کند. مصرف کنندگانی که از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند، از پروسه درمان اجتناب می کنند و یا در صورت درمان، زمانی که زود نتیجه نگرفتند، درمان را رها می کنند (غلامی، ۱۳۹۶). در نتیجه می توان گفت که خودکارآمدی می تواند نقش موثری در پیشگیری، ترک و بهبودی سوء مصرف مواد داشته باشد. علاوه بر این، افراد با سوءمصرف مواد برای رهایی از عواطف منفی، ممکن است راهبردهای نظم بخشی هیجانی ناسازگارانه، مانند اجتناب تجربه ای^۴ یا اجتناب موقعیتی، استفاده از نشانه های ایمنی بخش، منحرف کردن توجه و عقلانی کردن را نیز بکار ببرند؛ این افراد با نپذیرفتن تجارب هیجانی منفی و اجتناب از آن ها، فرصت یادگیری شیوه های سازگارانه و مؤثر مواجهه با حالت های فشار و اضطراب را از دست خواهند داد (علیلو و همکاران، ۱۳۹۵). برخی محققان معتقدند که اجتناب تجربی نوعی خاص از تنظیم هیجان است (آلدانو^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). با این حال اجتناب کردن از تجارب درونی منفی می تواند در کوتاه مدت باعث تسکین پریشانی شود اما این راهبرد در بلند مدت اثرات متناقضی در پی دارد و باعث افزایش پریشانی در فرد می شود (هیز و همکاران^۶، ۲۰۱۴). اجتناب تجربه ای زمانی رخ می دهد که فرد نمی خواهد در تماس با تجارب شخصی و درون روانی، اعم از حس های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطرات و گرایش های رفتاری قرار بگیرد و برای تغییر شکل و فراوانی این رویدادها و موقعیت های برانگیزاننده آن ها اقداماتی انجام می دهد، اگرچه این اقدامات اثرات مخربی را برای فرد به همراه دارند. تحقیق های مربوط به بازداری فکر و شیوه های متمرکز بر هیجان و اجتناب، اثر متناقض تلاش های کنترل و اجتناب را روی رنج روانشناختی نشان می دهند. مثال های رایج برای راهبردهای مضر اجتناب تجربه ای، افراط در نوشیدنی های الکلی، مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر است (لی هی^۷ و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه منصوری راد، ۱۳۹۲). رهیافت های زیادی برای درمان، کاهش نشانه ها و مسائلی که این افراد با آن مواجه اند، ارائه شده است که درمان های روان پویشی کوتاه مدت^۸ یکی از آن هاست (بوش^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). روان درمانی پویشی

¹ Munawar, Suryana & Supriatna

² Bandura

³ Zimmerman J B.

⁴ experiential avoidance

⁵ Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S & Schweizer, S.

⁶ Hayes, S. C & et al.

⁷ Lee Hay, R., Tirsch, D & Napolitano, L.

⁸ intensive short-term dynamic psychotherapy (ISDTP)

کوتاه مدت فشرده دوانلو، یکی از رویکردهای روان درمانی مبتنی بر شواهد تجربی و کوتاه مدت است. این روش توسط حبیب دوانلو در دانشگاه مک گیل کانادا در دهه ۸۰ میلادی ابداع شد. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می شود تا مراجع در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (مرادزاده خراسانی و همکاران، ۱۳۹۹). آنچه در این میان اهمیت دارد، ضرورت پیگیری مسائل روانی مرتبط با فرد معتاد به مواد مخدر از طریق شرکت در دوره های مدون و هدفمند در این زمینه است. چرا که مداخلات روان درمانی نقش اساسی در حفظ تعادل و سلامت این گروه از افراد دارد، از این رو در تحقیق حاضر محقق به پاسخ دهی این سوال اصلی می پردازد که، آیا روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای، خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است؟

ادبیات و پیشینه تحقیق:

تعریف اعتیاد، وابستگی دارویی

اعتیاد عبارت است از وابستگی بیولوژیک و روانی یک موجود زنده به ماده ای شیمیایی یا کنش و منش یا پندار مخصوص که در نتیجه کاربرد آن ماده شیمیایی و اعمال آن کنش و منش یا پندار ویژه، موجود زنده معتاد، احساس آرامش کرده و دوباره به حالت عادی خود بر می گردد معتاد، موجود بیماری است که مبتلا به این عوامل باشد. در طب جدید به جای کلمه اعتیاد، وابستگی دارویی، به کار برده می شود که دارای همان مفهوم ولی دقیق تر و صحیح تر است و مفهوم آن این است که انسان بر اثر کاربرد نوعی ماده شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن و روانی به آن وابستگی پیدا می کند به طوری که بر اثر دستیابی و مصرف دارو، احساس آرامش و لذت به او دست می دهد. و در اثر نرسیدن دارو به خماری، دردهای جسمانی و احساس ناراحتی و عدم تامین دچار می شود (مقتدر، ۱۳۹۲).

تعریف خودکارآمدی

خودکارآمدی همانطور که توسط بندورا (۱۹۸۶) تعریف شده است به "قضاوت افراد در مورد توانایی های خود برای سازماندهی و اجرای دوره های عمل مورد نیاز برای دستیابی به انواع مشخص شده عملکردها" اشاره دارد. او همچنین خودکارآمدی را به عنوان باور فرد در مورد توانایی های خود برای تمرین عملکرد برای تکمیل وظایف به منظور رسیدن به اهداف تعریف کرد. این بدان معناست که افراد با احساس قوی کارآمدی بیشتر بر توانایی خود برای انجام یک وظیفه تأکید می کنند (بندورا، ۱۹۷۷). این منجر به درک این موضوع شد که اعتماد به نفس فرد جزء ضروری برای انجام کاری است. این خودکارآمدی به کسی می گوید که چه زمانی تلاش کند و چه زمانی متوقف شود (بندورا، ۲۰۱۲).

اگر فردی باور نداشته باشد که چنین چیزهایی ممکن است، شانس تلاش را کاهش می دهد و احتمال تسلیم شدن زود هنگام را افزایش می دهد. خودکارآمدی قوی از بسیاری جهات باعث بهبود موفقیت های شخصی و رفاه می شود. افرادی که از توانایی های خود اطمینان بالایی دارند، فعالیت های دشوار را به عنوان چالشی برای آموختن می بینند تا خطری برای فرار. این دیدگاه مثبت به علاقه شخصی و تمایل عمیق به انجام یک فعالیت می نگرد. در صورت شکست، آنها می توانند به سرعت بهبود یابند زیرا احساس خودکارآمدی آنها قوی است. با این حال، خودکارآمدی ادراک شده همچنین بر نحوه دستیابی موفقیت آمیز به اهداف از طریق اعمال قدرت و سرسختی که فرد در مقابل مشکلات نشان می دهد تأثیر می گذارد. این نشان می دهد که هر چه خودکارآمدی

¹ Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T.

درک شده بالاتر باشد، روش بهتری برای عملکرد است که با سرسختی بیشتر مرتبط است، ویژگی‌هایی که به فرد اجازه می‌دهد تجربه مفیدی داشته باشد که خودکارآمدی خود را تقویت می‌کند (اِگن و کاوچاک^۱، ۲۰۱۲). از آنجایی که خودکارآمدی بر نحوه درک فرد از یک موقعیت نقش دارد. همچنین نحوه رفتار یک فرد در پاسخ به موقعیت های مختلف است. فرد در هر شرایطی برای رسیدن به اهداف با موفقیت عمل می‌کند. به عبارت دیگر، خودکارآمدی به عنوان یک حلقه ارتباطی بر اهداف، عملکرد و انگیزه فرد عمل می‌کند. این یکی از مفاهیم مرتبط فردی است که به عنوان مکانیزم میانجی در بین مفاهیم عمل می‌کند.

انتظارات کارآمدی

بندورا اعتقاد دارد که دو نوع انتظارات وجود دارد: ۱- انتظارات پیامد^۲، ۲- انتظارات کارآمدی^۳.

انتظارات پیامد

انتظارات پیامد برآورد شخصی از رفتار معینی است که اگر انجام شود به پیامد خاصی خواهد انجامید. یا به عبارت دیگر انتظارات پیامد مستلزم داوری فرد در این باره است که آیا رفتار خاصی پیامد به خصوصی را تولید خواهد کرد؟ به طور کلی چهار عامل تعیین کننده انتظارات پیامد است.

۱. پسخوراند پیامد

۲. اطلاعات مقایسه اجتماعی

۳. دشواری تکلیف

۴. تفاوت های شخصیتی

انتظارات کارآمد

انتظارات کارآمدی قضاوت شخصی است از اطمینان فرد در این باره که می تواند رفتار خاصی را انجام دهد. از دیدگاه بندورا افراد سالم انتظارات کارآمدی بالایی (اما واقعی) کسب می کنند که اعمال آن ها را جهت می‌دهد، در حالی که افراد غیرعادی انتظارات سطح پایین (اغلب غیرواقعی) کسب می کنند که تأثیر معکوس بر عملکرد آن ها می گذارد. انتظارات کارآمدی، باورها یا عقاید محکمی در مورد نقش افراد هستند که می توانند بازده ها یا اثرات اطمینان بخشی ایجاد کنند. به عقیده بندورا، انتظارات کارآمدی بر انتخابی که افراد از موقعیت‌ها و فعالیت‌ها دارند، تأثیر می‌گذارد. قضاوت کارآمدی هم چنین تعیین می‌کند که افراد چه مقدار کوشش صرف فعالیت‌ها خواهند کرد و آن‌ها در برخورد با تجارب و تکالیف آزاردهنده چه مدت مقاومت خواهند کرد (بندورا، ۲۰۰۲).

هم چنین بندورا (۱۹۷۷)، بیان می‌کند که انتظارات خودکارآمدی به باورهای مربوط به توانایی های ما برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار معین یا طبقه ای از رفتارها اطلاق می‌شود، که بنا به فرض بر انتخاب های رفتاری، عملکرد و پافشاری، اثر می‌گذارند. به علاوه بندورا (۲۰۰۲)، اظهار می‌دارد که یکی از نقش های اصلی مشاور، کمک به مراجع در افزایش انتظاراتش از خودکارآمدی با توجه به حیطه رفتاری هدف، از طریق مداخلات مبتنی بر منابع اطلاعات کارآمدی، یعنی، عملکرد قبلی، یادگیری جانشینی، متقاعدسازی کلامی و برانگیختگی هیجانی- فیزیولوژیکی است. به هر حال بندورا (۲۰۰۲)، بیان می‌کند که انتظارات خودکارآمدی میانجی های اصلی رفتار و تغییر رفتارند. یعنی، انتظارات خودکارآمدی پایین مربوط به یک رفتار یا یک حیطه ی رفتاری به

¹ Eggen & Kauchak

² Outcome expectations

³ Efficacy expectations

اجتناب از آن رفتار منجر می شوند، و افزایش هایی در انتظارات خودکارآمدی باید فراوانی رفتار گرایش را در برابر رفتار اجتناب افزایش دهد. بنابراین، باورهای خودکارآمدی می توانند در درک و پیش بینی رفتار سودمند باشند (بندورا، ۱۹۷۷).

منابع خودکارآمدی

موفقیت شخصی^۱: بندورا (۱۹۷۷) توضیح داد که این مهمترین منبع خودکارآمدی است زیرا بر اساس تجربیات گذشته است. تجربه شخصی می تواند تسلط بر انتظار را افزایش دهد. تجربه تسلط بر دیدگاه فرد نسبت به توانایی های او تأثیر می گذارد. تجارب موفق منجر به احساس خودکارآمدی بیشتر می شود. موفقیت مکرر رفتار می تواند خودکارآمدی قوی ایجاد کند. با این حال، شکست در مواجهه با یک کار یا چالش نیز می تواند خودکارآمدی را تضعیف و تضعیف کند. شکست در خودکارآمدی تا حدی در زمان بندی و تکرار کامل تجربه نهفته است (پنتریچ^۲، ۲۰۰۲).

تجربه جانشینی^۳: افراد به تجربه گذشته به عنوان تنها منبع خودکارآمدی وابسته نیستند، زیرا بیشتر انتظارات ناشی از تجربه غیرمستقیم است. توجه به انجام فعالیت های تهدیدآمیز بدون عواقب نامطلوب می تواند انتظارات را ایجاد کند و با تقویت تلاش و پشتکار، آن را افزایش دهد. اینها بر آنها تأثیر می گذارد که اگر دیگران بتوانند انجام دهند، دیگران نیز با پیشرفت اندکی به همان عملکرد خواهند رسید (بندورا و باراب، ۱۹۷۳). با این حال، این منبع دوم خودکارآمدی زمانی قابل مشاهده است که مشاهده یک پرستار در حال انجام یک فعالیت یا مدیریت یک موقعیت در حوزه بالینی می تواند به انجام همان کار با تقلید کمک کند. اگر پرستاران موفق به انجام چنین وظیفه ای شوند، دانشجو پرستار احتمالاً فکر می کند که آنها نیز می توانند انجام دهند. مشاهده موفقیت پرستار احتمالاً باعث افزایش باورهای دانشجوی پرستار می شود که می تواند در همان فعالیت تسلط پیدا کند (زیمرن^۴، ۲۰۱۵).

ترغیب کلامی^۵: این ترغیب کلامی در مورد مطالعه لوننبرگ^۶ (۲۰۱۱) را با توجه به اینکه افراد می توانند فعالیت خاصی را انجام دهند و بهترین راه برای انجام آن از طریق اثر پیگمالیون^۷ است، این را مهم توصیف کرد. از سوی دیگر، ترغیب کلامی که توسط بندورا (۱۹۷۷) مورد بحث قرار گرفت، می تواند به این صورت باشد که افراد به این باور برسند که یک فعالیت یا رفتار می تواند با استفاده از پیشنهاد با موفقیت انجام شود. اما این اقناع کلامی در تجارب شخصی گیر نمی کند، بلکه یک محرک ضعیف خودکارآمدی است و ممکن است با بی توجهی به شکست های گذشته خاموش شود.

برانگیختگی هیجانی^۸: این آخرین منبع خودکارآمدی می تواند از موقعیت های چالش برانگیز و سختی که ممکن است ارزش مفیدی برای توانایی خود داشته باشد، تحریک شود، از این رو این امر بر خودکارآمدی درک شده در مواجهه با موقعیت تهدیدکننده تأثیر می گذارد (بندورا، ۱۹۷۷). این بدان معناست که این احساس پس از موقعیت استرس زا می تواند بر احساس فرد در مورد توانایی های شخصی تأثیر بگذارد، مثلاً اگر فردی عصبی باشد، ممکن است خودکارآمدی ضعیف تری ایجاد کند، در حالی که برعکس اگر فردی اعتماد به نفس داشته باشد، منجر به احساس هیجان بدون اضطراب و اضطراب می شود. در نهایت حس

¹ Personal Accomplishment

² Pintrich

³ Vicarious Experience

⁴ Zimmerman

⁵ Verbal persuasion

⁶ Lunenberg

⁷ Pygmalion

⁸ Emotional Arousal

خوب خودکارآمدی را تقویت می کند. این روشی است که افراد برانگیختگی عاطفی را درک و ارزیابی می کنند که در ایجاد باورهای خودکارآمدی خود مهم است. با این کار، کنترل احساسات تأثیر مثبتی بر باورهای خودکارآمدی دارد. ایده انگیزش در تقویت باورهای خودکارآمدی مهم است. این مستلزم یک یادگیری مثبت است که در آن تغییر در رفتار نتیجه آن است. منابع خودکارآمدی به تقلید یا الگوبرداری و تجربیات جانشینی دلالت می کنند که فرد از طریق یادگیری مشاهده ای در یک محیط اجتماعی رفتار می کند. بر اساس نظریه یادگیری شناختی اجتماعی آلبرت بندورا، یادگیری های فردی در تعاملات اجتماعی اتفاق افتاد. مردم از طریق مشاهدات به آموخته های خود دست یافتند. آنها در نتیجه تعامل بین باورهای شخصی و محیط رفتار مناسبی دارند. با این وجود، فرد در تلاش است تا از طریق انگیزه به چیزی دست یابد و به عنوان مثال می توان یادگیری را نیز با انگیزه به طور مثبت به دست آورد. این خود فرد را تنظیم می کند تا سخت تلاش کند تا به آن برسد یا مطابق آن رفتار کند. این موضوع در مفهوم فرآیند خودتنظیمی که فیسک و تیلور^۱ (۱۹۹۱) به عنوان آن دسته از فرآیندهای ذهنی و رفتاری که افراد از طریق آن تصورات خود را از خود به نمایش می گذارند، رفتار خود را اصلاح می کنند یا محیط را تغییر می دهند تا نتیجه ای حاصل شود، توضیح می دهد موافق است. در آن در راستای ادراک از خود و اهداف شخصی آنها^۲. به منظور درک عمده این انگیزه و یادگیری از طریق تأثیرگذاری بر باورهای خودکارآمدی، سازه های انگیزشی زیر ارائه شده است (کول، لوگان و والکر^۳، ۲۰۱۱).

محل کنترل^۴: جولیان روتر^۴، یکی از مهم ترین شخصیت های تاریخ روان شناسی رفتاری، مدعی شد که هر فردی در کنترل موقعیت متفاوت است. روتر (۱۹۶۶) بیان کرد که منبع کنترل را می توان به دوگانگی اساسی طبقه بندی کرد: درونی و بیرونی. افراد دارای منبع کنترل درونی بر این باورند که نتایج آینده عمدتاً به اقدامات شخصی بستگی دارد، در حالی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی، اقدامات را به عوامل خارج از کنترل خود، مانند سرنوشت یا شانس نسبت می دهند. به عبارت دیگر، منبع درونی نشان می دهد که فرد احساس می کند بر رویدادها کنترل دارد، منبع بیرونی نشان می دهد که دیگران آن کنترل را دارند. از آنجایی که منبع کنترل به شیوه ای اطلاق می شود که فرد قویاً بر موقعیت ها و تجربیاتی که بر زندگی آنها تأثیر می گذارد، کنترل دارد. انتظار نتیجه^۵: انتظار نتیجه به عنوان "تخمین فرد مبنی بر اینکه یک رفتار معین به نتایج خاصی منجر می شود" تعریف می شود (بندورا، ۱۹۷۷). انتظار نتیجه به فرد کمک می کند تا بر اساس انتظارات خود از نتیجه، به شیوه ای خاص در مورد رفتار انتخاب شده عمل کند. از آنجایی که فرد در یک رفتار معین از نتیجه انتظار دارد، انگیزه نقش خاصی دارد. از آنجایی که انگیزه به صورت شناختی تولید می شود، فرد را از طریق انتظار نتیجه راهنمایی می کند تا در پاسخ به افکار شخصی پیش بینی کننده عمل کند. یک مثال خوب، دانشجویان پرستاری در مدرسه هستند. اگر دانش آموزان فکر کنند که تلاش های اضافی برای موفقیت در امتحان یا رسیدن به اهدافشان پاداش داده می شود، مایلند سخت تر مطالعه کنند. در این دیدگاه، انگیزه در پشت رفتار انتخاب شده قرار دارد که توسط نتیجه مورد انتظار تعیین می شود. بنابراین، نتیجه مورد انتظار، عنصر تأثیرگذار تصمیم در مورد چگونگی رفتار فرد برای برآوردن چنین انتظاراتی است (زیمرمن، ۲۰۱۵).

¹ Fiske & Taylor

² Cole, Logan & Walker

³ Locus of control

⁴ Julian Rotter

⁵ Outcome expectation

اجتناب تجربه‌ای:

اجتناب تجربی^۱ نوعی اختلال است که در آن فرد از یک تجربه منفور یا موقعیت استرس‌زا و تنش‌زا که طیف وسیعی از هیجانات و احساسات منفی و ناسازگارانه را شامل می‌شود، اجتناب می‌کند یا از آن فرار می‌کند. در چنین شرایطی احساسات، هیجانات، عواطف یا افکار و باورهای منفی و غیرانطباقی مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند و همه نیروها را بر فرار از آنها متمرکز می‌کنند، اما بدون اینکه به خود اجازه دهند از زندگی لذت ببرند زیرا تجربیات منفی هنوز از بین نرفته‌اند. تعریف گسترده‌تری از رفتارهای اجتنابی در ادبیات روانشناسی به نام اجتناب تجربی ایجاد شده است که از دو بخش مرتبط تشکیل شده است: (الف) عدم تمایل به در تماس ماندن با تجربیات دردسرساز (شامل هیجانات و عواطف جسمانی و بدنی، احساسات، افکار، خاطرات، رفتار و استعدادها) و (ب) اقدامات انجام شده برای تغییر این تجربیات یا رویدادهایی که آنها را برمی‌انگیزد که شامل همه اشکال اجتناب و گریز است (هیز^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). اجتناب تجربی شامل رفتارهای اجتنابی شناختی، رفتاری و عاطفی متفاوتی است که در طول زمان در ادبیات مقابله و روانشناختی شناسایی، اندازه‌گیری و برچسب‌گذاری شده‌اند (هولاهان^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ دانکل - شتر^۴، ۱۹۹۹). خرده مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای که اندازه‌گیری می‌شوند عبارتند از: گریز، انکار، عدم درگیری رفتاری و ذهنی و آرزو اندیشی (لیونه^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). اجتناب شناختی به تلاش‌هایی برای سرکوب، اجتناب، رها کردن و منحرف کردن افکار و خاطراتی اشاره دارد که ممکن است مزاحم باشند و باعث ناراحتی و نگرانی شوند (بورکوویچ^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ واتسون^۷ و همکاران، ۱۹۹۴). اجتناب رفتاری به اقداماتی اشاره دارد که به طور فیزیکی و جسمی فاصله می‌گیرد، درگیر می‌شود، منحرف می‌شود و از تماس با تجربیات ناخواسته جلوگیری می‌کند (فولکمن و لازاروس^۸، ۱۹۸۵). اجتناب عاطفی به اقداماتی برای کاهش یا مدیریت پریشانی اطلاق می‌شود که تجربه‌های دشوار ممکن است ایجاد کنند و شامل انکار، سرکوب، خیال‌بافی، بی‌پرده کردن - فقط توجه به اطلاعات مثبت - و استفاده از موادی مانند الکل یا فعالیت‌هایی مانند خواب برای اجتناب یا بی‌حس کردن تجربیات می‌شود (هوروتیز^۹ و همکاران، ۱۹۷۹؛ گریر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۷۹؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵؛ کاور^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۹).

نقش اجتناب تجربه‌ای در رفتارهای اعتیادآور

اجتناب تجربی با هوس و ولع مصرف مواد مخدر مرتبط است. اجتناب تجربی^{۱۲} به مدت طولانی به عنوان یک عامل خطر و مشکل‌ساز برای اختلالات روانی و هیجانی از جمله اعتیاد به مصرف مواد مخدر و اعتیادهای رفتاری همچون اعتیاد به اینترنت^{۱۳} (IA) و استفاده مشکل‌زا از اینترنت^{۱۴} (PIU) در نظر گرفته شده است (فغانی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ چو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸؛

¹ experiential avoidance

² Hayes

³ Holahan

⁴ Dunkel-Schetter

⁵ Livneh

⁶ Borkovec

⁷ Watson

⁸ Folkman & Lazarus

⁹ Horowitz

¹⁰ Greer

¹¹ Carver

¹² Experiential avoidance

¹³ Internet addiction

¹⁴ problematic internet use

¹⁵ Faghani

شوری و همکاران، ۲۰۱۷). اجتناب تجربی ریشه در نظریه پذیرش و تعهد درمانی^۲ دارد و به یک استراتژی و راهبرد خودتنظیمی اشاره دارد که مستلزم تلاش برای کنترل یا اجتناب از محرک‌های ناخوشایند یا دردناک (مانند احساسات بدن، احساسات، افکار و خاطرات) است (هیز^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). این استراتژی اجتناب ممکن است به طور موقت تطبیقی یا انطباقی باشد، در حالی که می‌تواند در دراز مدت زمانی که به یک استراتژی غالب تبدیل شود مضر و شکننده باشد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶).

بر اساس مدل تعامل فرد-عاطفه-شناخت-اجرا^۴، انتظارات اجتنابی (مثلاً برای فرار از واقعیت) به عنوان یک سوگیری شناختی در نظر گرفته می‌شود که به توسعه و حفظ رفتارهای اعتیاد در زمینه مصرف مواد مخدر و اعتیادهای رفتاری کمک می‌کند (برند^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ برند و همکاران، ۲۰۱۶). بازخورد مثبت زمانی دریافت می‌شود که یک ماده مخدر یا یک برنامه اینترنتی خاص به طور مکرر مورد استفاده قرار گیرد و نتایج رضایت‌بخشی ایجاد کند (به عنوان مثال، فرار از واقعیت)، که ممکن است احتمال استفاده مجدد از مواد مخدر و یا برنامه مورد نظر را افزایش دهد (برند و همکاران، ۲۰۱۶، ۲۰۱۹). علاوه بر این، تصور می‌شود که رهایی از تجربیات ناخوشایند یا ناخواسته یکی از مهم‌ترین جنبه‌ها در پیدایش و حفظ رفتارهای اعتیادآور است، همانطور که توسط مدل آلوستاتیک اعتیاد (بر اساس این مدل وقتی فرد در برابر استرس و هیجانات منفی مزمّن قرار می‌گیرد، برای رهایی از استرس و هیجانات منفی به سمت مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کند) شناسایی شده است (بیکر^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک کارتی^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، تحقیقات تجربی همچنین نقش حیاتی اجتناب تجربی را در رفتارهای اعتیادآور، مانند سوء مصرف الکل (لوین^۸ و همکاران، ۲۰۱۲)، قمار مشکل ساز (ریلی^۹، ۲۰۱۴)، اختلال مصرف مواد (المقیست^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸)، حشیش (باکتر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴) و استفاده بیش از حد از بازی‌های ویدیویی (کینگستون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۰) را به رسمیت شناختند. مطالعات همچنین از ارتباط بین اجتناب تجربی و اعتیاد رفتاری پشتیبانی می‌کنند (فغانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ گارسیا-الیوا و پیکراس^{۱۳}، ۲۰۱۶؛ وترنک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۲). برای مثال، فغانی و همکارش دریافتند که اجتناب تجربی به طور قوی و مثبت با IA مرتبط است، زیرا اینترنت ممکن است راهی آسان برای فراموش کردن احساسات دردناک و ناخواسته برای افراد باشد (فغانی و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع، می‌توان فرض کرد که اجتناب تجربی سهم مهمی در مصرف مواد مخدر و اعتیادهای رفتاری دارد. بر اساس تئوری پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی افراد را قادر می‌سازد تا از انواع استراتژی‌های تنظیم هیجانی اجتنابی (مانند نشخوار فکری و سرکوب/فرونشانی فکر) استفاده کنند تا دفعات، شدت یا مدت تجارب ناسازگارانه و ناخوشایند درونی را کاهش دهند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹). چنین واکنش انعطاف‌ناپذیری به احساسات و هیجانات درونی ممکن است فرآیندی مضر

¹ Chou

² Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

³ Hayes

⁴ Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution

⁵ Brand

⁶ Baker

⁷ McCarthy

⁸ Levin

⁹ Riley

¹⁰ Elmquist

¹¹ Buckner

¹² Kingston

¹³ Garcia-Oliva & Piqueras

¹⁴ Wetterneck

باشد (زولنسکی و فورشیس^۱، ۲۰۱۲) و در نتیجه احساسات و افکار منفی بیشتری را برانگیزد. در راستای این دیدگاه، یافته‌های قبلی نشان داد که اجتناب‌کنندگان احساسی و هیجانی تمایل بیشتری به تجربه خلق منفی همچون افسردگی دارند، به‌ویژه زمانی که درگیر سرکوب/ فرونشانی افکار بودند (وگنر و زاناکوس^۲، ۱۹۹۴). به این ترتیب، اجتناب تجربی به عنوان یک عامل اصلی آسیب‌پذیری برای پریشانی عاطفی پیشنهاد شد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶).

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت

روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده^۳ (ISTDP) نوعی روان‌درمانی کوتاه مدت است که از طریق تحقیقات تجربی و ضبط شده توسط حبیب دوانلو^۴ (روانکاو و محقق روانپزشکی است که در مونترال کانادا کار می‌کند و روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) را ایجاد و بسط داده است، او استاد روانپزشکی "در حال حاضر ممتاز" در دانشگاه مک گیل^۵ و سردبیر مؤسس مجله بین‌المللی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده است) توسعه یافته است. این تکنیک از این جهت فشرده است که به بیمار کمک می‌کند تا حداکثر درجات ممکن را تجربه کند. از این جهت کوتاه مدت است که سعی می‌کند هر چه سریعتر به این تجربه دست یابد. از این جهت پویشی یا پویا است زیرا شامل کار با نیروهای ناخودآگاه و احساسات و هیجانات انتقالی درمانجو است (دوانلو، ۲۰۰۵). بیماران به دلیل علائم یا مشکلات بین فردی به درمانگر مراجعه می‌کنند. علائم و نشانه‌ها شامل مشکلات روانشناختی و هیجانی سنتی مانند اضطراب و افسردگی است، اما همچنین شامل علائم و نشانه‌های جسمانی بدون علت قابل شناسایی پزشکی مانند سردرد، تنگی نفس، اسهال یا ضعف ناگهانی است. مدل ISTDP این موارد را به وقوع موقعیت‌های ناراحت‌کننده نسبت می‌دهد که در آن احساسات دردناک یا ممنوع خارج از آگاهی ایجاد می‌شوند (مالان و دلاسلوا^۶، ۲۰۰۶). در روانشناسی و روانپزشکی، این پدیده‌ها به عنوان "اختلالات جسمانی شکل"^۷ (افکار، احساسات یا رفتارهای بیش از حد مرتبط با علائم جسمی یا نگرانی‌های مرتبط با سلامتی که حداقل با یکی از موارد زیر آشکار می‌شود: الف) افکار نامتناسب و مداوم در مورد جدی بودن علائم فرد، ب) سطح بالایی از اضطراب در مورد سلامتی یا علائم و ج) صرف زمان و انرژی بیش از حد برای این علائم یا نگرانی‌های سلامتی) در DSM-V طبقه‌بندی می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). خود این درمان طی دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ توسط دوانلو، روانپزشک و روانکاو ایجاد شد. او جلسات بیماران را ضبط می‌کرد و ضبط‌ها را با جزئیات دقیق تماشا می‌کرد تا مشخص کند که چه نوع مداخلاتی در غلبه بر مقاومت مؤثرتر است، زیرا معتقد بود این مداخلات برای دور نگه داشتن احساسات دردناک یا ترسناک از آگاهی و جلوگیری از نزدیکی بین فردی عمل می‌کنند (دوانلو، ۲۰۰۱).

پیشینه تحقیق:

- پاکدل و همکاران (۱۴۰۱). در پژوهشی "اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر راهبردهای مقابله با استرس شغلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودکارآمدی کارکنان کنترل ترافیک هوایی دچار فرسودگی شغلی" را مورد بررسی قرار دادند این پژوهش شبه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون باگروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کارکنان

¹ Zvolensky & Forsyth

² Wegner & Zanakos

³ Intensive short-term dynamic psychotherapy

⁴ Habib Davanloo

⁵ McGill University

⁶ Malan & Della Selva

⁷ somatic symptom disorder

کنترل ترافیک هوایی تهران، در سال ۱۳۹۸ بود. افراد گروه آزمایش در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس توسط نرم افزار SPSS20 تجزیه و تحلیل شد. نتایج در پس آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر کاهش تنیدگی شغلی، ارتقاء کیفیت زندگی و بهبودی خودکارآمدی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه را نشان داد. نتایج پژوهش با توجه به اینکه درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش هیجانات منفی و فرسودگی شغلی کارکنان کنترل ترافیک هوایی مؤثر بوده می توان آن را بر روی نمونه های بیشتر و در جامعه ای دیگر نیز انجام داد.

- امینی فر و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی " اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان روان- درمانگری " را مورد مطالعه قرار دادند. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه کارآموزان روان درمانگری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. نتایج نشان داد در دوره پس آزمون بین میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود گروه آزمایش در جلسات مداخله نسبت به گروه گواه از نظر آماری تفاوت معنادار می باشد. اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت در طول زمان در آزمودنی های گروه های آزمایش پایدار بود. نتایج این پژوهش براساس نتایج پژوهش انجام مداخلات روان شناختی جهت آماده سازی کارآموزان روان درمانگری اهمیت بالایی دارد و می تواند پایه ای برای آگاهی افزایی و به کارگیری صحیح این مداخلات در کارآموزان روان درمانگری باشد.

- ایرانی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای که با هدف مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان پویشی کوتاه مدت فشرده و درمان وجودی بر مکانیسم های دفاعی بیماران روان تنی مرکز مشاوره بیمارستان امام خمینی تهران انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که درمان آنلاین روان پویشی کوتاه مدت نسبت به درمان وجودی بر مکانیسم های دفاعی بیماران روان تنی اثربخش تر بوده است.

- جیوانی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی " درمان روان پویشی معیارهای سختگیرانه ای را برای درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات روانی رایج برآورده می کند. " را مورد بررسی قرار دادند. روان درمانی روان پویشی یک رویکرد درمانی است که عمیقاً در افکار و احساسات ناخودآگاه فرد فرو می رود. هدف آن فقط کاهش علائم نیست، بلکه رشد شخصی و درک خود را نیز تقویت می کند. تحقیقات اخیر به شدت از اثربخشی آن در درمان اختلالات روانی رایج مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت حمایت می کند. در نتیجه، تایید قاطعانه ای از جامعه تحقیقاتی دریافت کرده است و نقش خود را به عنوان یک ابزار حیاتی در درمان سلامت روان تقویت می کند. مطالعه جدیدی که اخیراً در روان پزشکی جهانی منتشر شده است، این ادعا را تقویت می کند.

- لیچسنرینگ و همکاران^۱ (۲۰۲۳) در پژوهشی " درمان روان پویشی معیارهای سختگیرانه ای را برای درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات روانی رایج برآورده می کند. " را مورد پژوهش قرار دادند. روان درمانی روان پویشی یک رویکرد درمانی است که عمیقاً در افکار و احساسات ناخودآگاه فرد فرو می رود. هدف آن فقط کاهش علائم نیست، بلکه رشد شخصی و درک خود را نیز تقویت می کند. تحقیقات اخیر به شدت از اثربخشی آن در درمان اختلالات روانی رایج مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت حمایت می کند. در نتیجه، تایید قاطعانه ای از جامعه تحقیقاتی دریافت کرده است و نقش خود را به عنوان یک ابزار حیاتی در درمان سلامت روان تقویت می کند. مطالعه جدیدی که اخیراً در روان پزشکی جهانی منتشر شده است، این ادعا را تقویت می کند. محققان

¹Leichsenring et al

به سرپرستی فالک لیخسنرینگ، مستقر در دانشگاه گیسن در آلمان، گزارش کردند که روان درمانی روان پویشی نیازهای دقیق آخرین معیارهای درمان با حمایت تجربی را برای اختلالات روانی رایج، مانند افسردگی، اضطراب، شخصیت، و اختلالات جسمی برآورده می کند.

اهداف تحقیق:

هدف اصلی

تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای، خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد

اهداف فرعی

۱- تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد

۲- تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی

روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای، خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

فرضیه های فرعی

۱- روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

۲- روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

روش شناسی پژوهش: روش تحقیق نیمه آزمایش با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مراجعین مرد و زن وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر ساری که برای ترک موادمخدر تشکیل پرونده داده باشند، می شد که از بین تعداد نمونه ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۱۵ نفر) جای دهی شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های اجتناب تجربه ای چندبعدی گامز و همکاران (۲۰۱۱)، خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲) استفاده شد. در تحقیق حاضر از رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت مبتنی بر روش دوانلو (۱۹۹۶) در شانزده جلسه برای گروه آزمایش استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد

یافته های پژوهش:

یافته های توصیفی

جدول ۱: یافته های توصیفی دو گروه از افراد شرکت کننده در متغیرهای تحقیق در مرحله پیش آزمون

گروه ها	متغیرها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
---------	---------	------------	-------------	---------	--------------

۰/۵۹	۳۱/۷۳	۳۳	۳۱	اجتناب رفتاری	اجتناب تجربه‌ای کنترل
۰/۷۷	۴۲/۲۰	۴۳	۴۱	پریشانی / ناسازگاری	
۰/۵۹	۱۴/۲۶	۱۵	۱۳	تعویق	
۰/۷۲	۱۴/۶۶	۱۶	۱۴	حواسپرتی / سرکوبی	
۱/۲۹	۴۳/۶۶	۴۵	۴۲	سرکوبی / انکار	
۰/۹۴	۳۱/۲۰	۳۲	۳۰	تحمل پریشانی	
۲/۰۱	۱۷۷/۷۳	۱۸۱	۱۷۴	نمره کل	
۰/۵۹	۱۱/۹۳	۱۳	۱۱	میل به آغازگری رفتار	خودکارآمدی
۰/۴۸	۸/۶۶	۹	۸	ادامه تلاش برای تکمیل رفتار	
۰/۷۹	۷/۰۶	۸	۶	مقاومت در برابر موانع	
۱/۲۹	۲۷/۶۶	۳۰	۲۵	نمره کل	
۰/۷۹۸	۳۱/۹۳	۳۳	۳۱	اجتناب رفتاری	اجتناب تجربه‌ای آزمایش
۰/۶۳۹	۴۱/۵۳	۴۳	۴۱	پریشانی / ناسازگاری	
۰/۷۰۳	۱۴/۲۶	۱۵	۱۳	تعویق	
۰/۷۰۳	۱۴/۷۳	۱۶	۱۴	حواسپرتی / سرکوبی	
۰/۶۳۲	۴۴/۴۰	۴۵	۴۳	سرکوبی / انکار	
۰/۷۹۸	۳۰/۹۳	۳۲	۳۰	تحمل پریشانی	
۱/۸۹۷	۱۷۷/۸۰	۱۸۱	۱۷۵	نمره کل	
۰/۹۱	۱۱/۸۶	۱۳	۱۰	میل به آغازگری رفتار	خودکارآمدی
۱/۴۲	۸/۸۰	۱۲	۶	ادامه تلاش برای تکمیل رفتار	
۰/۸۸	۶/۷۳	۸	۶	مقاومت در برابر موانع	
۱/۶۲	۲۷/۲۶	۳۰	۲۴	نمره کل	

جدول ۱، یافته‌های توصیفی مربوط به اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی)، خودکارآمدی (میل به آغازگری رفتار، ادامه دادن تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در برابر موانع) را در بین دو گروه کنترل و آزمایش از بیماران مرد و زن وابسته به مواد را در مرحله پیش آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی دو گروه از افراد شرکت‌کننده در متغیرهای تحقیق در مرحله پس آزمون

گروه‌ها	متغیرها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	اجتناب رفتاری	۳۱	۳۴	۳۲/۲۶	۰/۸۸۳
	پریشانی/ ناسازگاری	۴۰	۴۵	۴۲/۸۰	۱/۴۲۴
	تعویق	۱۴	۱۶	۱۴/۸۶	۰/۷۴۳
	حواسپرتی/ سرکوبی	۱۴	۱۷	۱۴/۹۳	۰/۹۶۱
	سرکوبی/ انکار	۴۲	۴۷	۴۴/۰۰	۱/۵۱۱
	تحمل پریشانی	۳۰	۳۲	۳۱/۵۳	۰/۸۳۳
	نمره کل	۱۷۶	۱۸۶	۱۸۰/۴۰	۲/۸۷۳
خودکارآمدی	میل به آغازگری رفتار	۱۱	۱۴	۱۲/۴۰	۰/۹۸۵
	ادامه تلاش برای تکمیل رفتار	۸	۱۱	۹/۱۳	۰/۹۱۵
	مقاومت در برابر موانع	۷	۸	۷/۶۰	۰/۵۰۷
	نمره کل	۲۵	۳۱	۲۸/۳۳	۱/۵۴۳
آزمایش	اجتناب رفتاری	۲۸	۳۱	۲۹/۷۳	۰/۷۹۸
	پریشانی/ ناسازگاری	۳۹	۴۱	۳۹/۵۳	۰/۶۳۹
	تعویق	۱۱	۱۳	۱۲/۵۳	۰/۷۴۳
	حواسپرتی/ سرکوبی	۱۲	۱۵	۱۳/۴۰	۰/۹۱۰
	سرکوبی/ انکار	۴۲	۴۴	۴۲/۸۰	۰/۶۷۶
	تحمل پریشانی	۲۸	۳۰	۲۹/۰۶	۰/۷۰۳
	نمره کل	۱۶۴	۱۷۱	۱۶۷/۰۶	۱/۹۰۷
خودکارآمدی	میل به آغازگری رفتار	۱۲	۱۴	۱۳/۱۳	۰/۸۳۳

۱/۲۴۲	۱۰/۶۰	۱۲	۸	ادامه تلاش برای تکمیل رفتار
۱/۱۶۲	۱۰/۲۶	۱۲	۸	مقاومت در برابر موانع
۱/۹۹۵	۳۳/۱۳	۳۶	۲۹	نمره کل

جدول ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی)، خودکارآمدی (میل به آغازگری رفتار، ادامه دادن تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در برابر موانع) را در بین دو گروه کنترل و آزمایش از بیماران مرد و زن وابسته به مواد را در مرحله پس از آزمون نشان می‌دهد. فرضیه فرعی اول: رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه‌ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات مولفه‌های اجتناب تجربی

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P
گروه	اجتناب رفتاری	۳۶/۲۶	۱	۳۶/۲۶	۶۶/۷۶	۰/۰۰۱
	پریشانی/ ناسازگاری	۴۰/۶۸	۱	۴۰/۶۸	۵۱/۸۳	۰/۰۰۱
	تعویق	۲۶/۱۴	۱	۲۶/۱۴	۵۲/۱۵	۰/۰۰۱
	حواسپرتی/ سرکوبی	۱۳/۷۶	۱	۱۳/۷۶	۳۸/۲۴	۰/۰۰۱
	سرکوبی/ انکار	۱۹/۵۷	۱	۱۹/۵۷	۲۹/۶۸	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی	۳۱/۲۹	۱	۳۱/۲۹	۱۱۵/۷۶	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳ و با توجه به مقدار F و سطح معناداری، بین دو گروه گواه و آزمایش (رواندرمانی پویشی کوتاه مدت) در مرحله پس از آزمون در نمرات مولفه‌های اجتناب تجربی؛ اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). بر اساس این یافته‌ها و نتایج درمان روان پویشی کوتاه مدت بر نمرات ابعاد اجتناب تجربی؛ اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد تاثیرگذار بوده و بر این اساس فرضیه فرعی اول تحقیق حاضر مورد پذیرش و تایید قرار گرفته و می‌توان چنین گفت که؛ روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه‌ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

فرضیه فرعی دوم: رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای تحقیق در زمینه نمرات مولفه‌های خودکارآمدی در آزمودنی‌های دو گروه گواه و آزمایش

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P
	میل به آغازگری رفتار	۳/۲۷	۱	۳/۲۷	۶/۶۴	۰/۰۰۱
گروه	ادامه تلاش برای تکمیل رفتار	۱۴/۲۳	۱	۱۴/۲۳	۲۵/۲۴	۰/۰۰۱
	مقاومت در برابر موانع	۵۶/۹۲	۱	۵۶/۹۲	۹۵/۴۳	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴ و با توجه به مقدار F و سطح معناداری، بین دو گروه گواه و آزمایش (روان درمانی پویایی کوتاه مدت) در مرحله پس آزمون در نمرات مولفه‌های خودکارآمدی؛ میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در برابر موانع تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). بر اساس این یافته‌ها و نتایج درمان روان‌پویایی کوتاه مدت بر نمرات ابعاد خودکارآمدی؛ میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در برابر موانع در بیماران مرد و زن وابسته به مواد تاثیرگذار بوده و بر این اساس فرضیه فرعی دوم تحقیق حاضر مورد پذیرش و تایید قرار گرفته و می‌توان چنین گفت که؛ روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

بحث و نتیجه گیری:

رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

بر اساس نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر مشخص شد که بین زنان و مردان وابسته به مواد مخدر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون از نظر نمرات مولفه‌های اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی) تفاوت معناداری وجود داشت؛ به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی/ ناسازگاری، تعویق، حواسپرتی/سرکوبی، سرکوبی/انکار، تحمل پریشانی) در وضعیت بهتری قرار داشتند، بر این اساس در زمینه فرضیه اول تحقیق حاضر می‌توان چنین گفت که؛ روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربه‌ای در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است. نتایج حاصل از فرضیه اول تحقیق حاضر با نتایج تحقیق‌های پیشین همچون؛ علیخانی (۱۳۹۹) و باقری و همکاران (۱۴۰۰) همسو بوده و در یک راستا قرار داشته است، این تحقیقگران در تحقیقات و تحقیق‌های خود دریافتند که درمان روان‌پویایی کوتاه مدت روشی موثر برای درمان اختلالات روانشناختی و هیجانی است. در تبیین نتایج حاصل از فرضیه فرعی اول می‌توان چنین گفت که؛ اثربخشی روان‌درمانی پویا فشرده و کوتاه‌مدت بر اجتناب تجربی، خودکارآمدی و خودکشی در بیماران زن و مرد وابسته به مواد توسط یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات قبلی تأیید می‌شود. فرضیه فرعی اول که بر اثربخشی این شکل از درمان بر اجتناب تجربی متمرکز است، به شدت توسط نتایج تحقیق حاضر پشتیبانی می‌شود. این مطالعه تفاوت معناداری را در نمرات مولفه‌های اجتناب تجربی بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که گروه آزمایش نتایج بهتری را نشان داد. این با تحقیقات قبلی علیخانی و باقری همخوانی دارد که همچنین دریافتند درمان روان‌پویایی کوتاه مدت برای درمان اختلالات روانشناختی و عاطفی مؤثر است. علاوه بر این، چارچوب نظری و تحقیقات روی روان‌درمانی پویا فشرده و کوتاه‌مدت، مانند کار آلن عباس در مورد روان‌درمانی پویای

فشرده کوتاه مدت، مبنای نظری محکمی برای اثربخشی این شکل از درمان فراهم می‌کند. مدل ISTDP بر تجربه بدنی احساسات و چگونگی تبدیل احساسات به رفتارهای خودشکوفایی تمرکز دارد. به دنبال این است که با کمک به بیماران در تحمل اضطراب خود، شناخت و احساس احساسات خود، توسعه ابزارهای سالم تری برای بیان عاطفی و افزایش مراقبت از خود، ایجاد علائم فیزیکی را متوقف کند، که همگی با رفتارهای مخرب مرتبط با سلامت مقابله می‌کنند. علاوه بر این، مطالعه توسط لیسچرینک و همکاران (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیدند که درمان روان پویایی معیارهای سختگیرانه‌ای برای درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات روانی رایج دارد و از اثربخشی این رویکرد حمایت می‌کند. یافته‌های این مطالعه، همراه با همسویی با تحقیقات قبلی و چارچوب نظری، یک استدلال جامع و قانع کننده برای اثربخشی روان درمانی پویای فشرده و کوتاه مدت در پرداختن به اجتناب تجربی، خودکارآمدی و افکار خودکشی ارائه می‌کند. بیماران زن و مرد وابسته به مواد این شکل از درمان به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات روانی رایج، از جمله موارد مرتبط با وابستگی به مواد، نویدبخش است. شواهد حاصل از پژوهش حاضر، همراه با چارچوب نظری و مطالعات قبلی، به شدت از اثربخشی روان درمانی پویا فشرده و کوتاه مدت بر اجتناب تجربی، خودکارآمدی و خودکشی در بیماران زن و مرد وابسته به مواد حمایت می‌کند. این شکل از درمان پتانسیل بهبود قابل توجهی بهزیستی روانشناختی و رفتاری افرادی را دارد که با وابستگی به مواد دست و پنجه نرم می‌کنند و یک گزینه درمانی ارزشمند برای این جمعیت ارائه می‌کند.

رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است.

بر اساس نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر مشخص شد که بین زنان و مردان وابسته به مواد مخدر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس از آزمون از نظر نمرات مولفه‌های خودکارآمدی؛ میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در برابر موانع تفاوت معناداری وجود داشت؛ به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر مولفه‌های خودکارآمدی؛ میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در برابر موانع در وضعیت بهتری قرار داشتند، بر این اساس در زمینه فرضیه فرعی دوم تحقیق حاضر می‌توان چنین گفت که؛ رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی در بیماران مرد و زن وابسته به مواد موثر است. نتایج حاصل از فرضیه فرعی دوم با نتایج تحقیقات قبلی پیشین همچون؛ ایواکیب و همکاران (۲۰۲۲) و آجیلچی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بوده و در یک راستا قرار داشته است، این تحقیگران در تحقیقات و تحقیقاتی که خود دریافتند که درمان روان پویایی بر علایم و نشانه‌های اختلالات بالینی و آسیب‌شناسی روانی موثر بوده است. در تبیین نتایج حاصل از فرضیه فرعی دوم تحقیق حاضر می‌توان چنین گفت که؛ فرضیه فرعی دوم پژوهش حاضر که حاکی از تأثیر روان درمانی پویای فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی بیماران زن و مرد وابسته به مواد است، به خوبی توسط نتایج مطالعه و تحقیقات قبلی تأیید شده است. یافته‌های فصل چهارم پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری را در مؤلفه‌های خودکارآمدی بین گروه آزمایش و کنترل نشان داد که نشان می‌دهد آزمودنی‌های گروه آزمایش توانایی بهتری در شروع رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و ... داشتند. در برابر موانع مقاومت کنید این نتیجه گیری را تایید می‌کند که روان درمانی پویا فشرده و کوتاه مدت در افزایش خودکارآمدی در بیماران زن و مرد وابسته به مواد موثر است. نتایج فرضیه فرعی دوم با تحقیقات قبلی مانند مطالعات پا-امینی فر و همکاران (۱۴۰۱) پاکدل و همکاران (۱۴۰۱) حق شناس و یزدان پناه سامانی (۱۳۹۸)، جهان گشت اقلنده و همکاران (۱۴۰۰) و همکاران شچتر و همکاران (۲۰۱۹)، بیگز و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت دارد. زفمن و همکاران (۲۰۲۰)، شسچتر و همکاران (۲۰۲۲)، جیوانی و همکاران (۲۰۲۳) لیچسرنینگ و همکاران (۲۰۲۳) این مطالعات اثربخشی

درمان روان پویشی را در بهبود خودآگاهی عاطفی، همدلی، شفقت به خود، راهبردهای مقابله با استرس شغلی، بهزیستی روانشناختی، مشکلات بین فردی و کاهش اقدام به خودکشی و خودآزاری نشان داده است. شواهد جمعی از این مطالعات از این ایده حمایت می کند که روان درمانی پویا فشرده و کوتاه مدت در افزایش خودکارآمدی در بیماران وابسته به مواد موثر است. علاوه بر این، چارچوب نظری و نتایج تحقیقاتی ارائه شده در نتایج جستجو، بینش های بیشتری را در مورد اثربخشی درمان روان پویشی مختصر در پرداختن به وابستگی به مواد و مسائل مرتبط ارائه می دهد. اداره خدمات بهداشت روانی و سوء مصرف مواد بر اهمیت ارزیابی مناسب بودن درمان مختصر برای مراجعان مبتلا به وابستگی به مواد، با در نظر گرفتن عواملی مانند مسائل تشخیص دوگانه، دامنه و شدت مشکلات ارائه شده، و مدت زمان مصرف مواد تاکید می کند. وابستگی. این موضوع اهمیت تحقیق فعلی را در نشان دادن اثربخشی روان درمانی پویای فشرده و کوتاه مدت در پرداختن به چالش های خاص افراد وابسته به مواد نشان می دهد. در نتیجه، فرضیه فرعی دوم پژوهش که بر اثربخشی روان درمانی پویا فشرده و کوتاه مدت بر خودکارآمدی بیماران زن و مرد وابسته به مواد متمرکز است، به خوبی توسط نتایج مطالعه و پیشین تأیید می شود. پژوهش. شواهد جمعی از تحقیقات فعلی و مطالعات قبلی، پایه ای قوی برای اثربخشی درمان روان پویشی در افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد فراهم می کند.

منابع پژوهش:

- امینی فر، سلما، بهرامی، مریم، موجمباری، محسن، منصوری فر، پریسا پیوندی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر خودآگاهی هیجانی، همدلی و شفقت به خود در کارآموزان روان درمانگری، مطالعات روانشناختی نوجوانان و نوجوان، سال ۴، شماره ۵، (پیاپی ۱۱)، مرداد ۱۴۰۱
- افشاری، مریم، باباخانی، نرگس، احمدی، آرمیندخت، و شمس‌الدینی لری، سلوی. (۱۳۹۵). مقایسه میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خود تنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۲۲(۱)، ۲۲-۱۵.
- ایرانی، زهرا، خاکپور، رضا، و بهبودی، معصومه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی بیماران روان‌تنی. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۱۰)، ۱۸۱-۱۹۲.
- پاکدل ح، شورابی ف، حاجی‌علیزاده ک. (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی پویا کوتاه مدت فشرده بر راهبردهای مقابله با استرس شغلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودکارآمدی کارکنان کنترل ترافیک هوایی ایران. مجله علوم روانشناسی. ۲۱ (۱۱۱)، ۵۴۳-۵۵۸.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-1324-fa.html>
- علیلو، مجید، خانجانی، زینب، و بیات، احمد. (۱۳۹۵). پیش بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان براساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۷(۲۵)، ۱۲۸-۱۰۷.
- غلامی، مریم. (۱۳۹۶). تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر خودکارآمدی و راهبردهای مقابله ای. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.
- مرادزاده خراسانی، لاله، میرزاییان، بهرام، و حسن زاده، رمضان (۱۳۹۹). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر مشکلات تنظیم هیجان و رفتارهای خود آسیب رسان در افراد بدون قصد خودکشی. پژوهش پرستاری، ۱۵(۶)، ۱۰۴-۸۶.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2012). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2): 217-237
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* WH Freeman. New York.
- Bandura, A. (2012). Social Cognitive Theory. In *Handbook of Theories of Social Psychology*; Van Lange, P.M., Kruglanski, A.W., Higgins, E., Eds.; Sage Publications Ltd.: Thousand Oaks, CA, USA, 1, 349-373
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*; Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ, USA, 1977
- Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104, 1-10.
- Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wölfling, K., & Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 252-266
- Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2014). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing,
- Chou, W. P., Yen, C. F., & Liu, T. L. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: a prospective study. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 788.

- Elmquist, J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2018). Experiential avoidance and bulimic symptoms among men in residential treatment for substance use disorders: a preliminary examination. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(1), 81-87.
- Faghani, N., Akbari, M., Hasani, J., & Marino, C. (2020). An emotional and cognitive model of problematic Internet use among college students: The full mediating role of cognitive factors. *Addictive behaviors*, 105, 106252.
- Fiske, S. T., & Taylor, B. (1991). Thinking is for doing: portraits of social cognition from daguerreotype to laserphoto. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 877.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., & Bissett, R. T. (2014). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4): 553.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... &
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 658.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). Kaplan and Sadock 's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Zimmerman J B.(2000).Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *J Contemporary Educational Psychology*; 25-82.