

## بررسی تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون

### The Effects of Short-Term Intensive Scanning Psychotherapy on Defense Styles and Improving the Quality of Life of Addicts under Methadone Maintenance Treatment (MMT)

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴

V. Alikhani

ویدا علیخانی\*

#### Abstract

**Aim:** The present study aimed to evaluate the effects of short-term intensive scanning psychotherapy on defense styles and improving the quality of life of patients with substance abuse disorder under methadone maintenance treatment. **Methods:** The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The study examined 14 men addicts under methadone maintenance treatment in Tehran from 2018 to 2020. We selected the addicts from care centers affiliated to Tehran Welfare Organization using the cluster sampling method from districts 2, 7, 14, and 19 as well as eligible centers by convenience sampling and randomly classified them into control (7 men) and experimental (7 men) groups. To collect data, we utilized the Defense Style Questionnaire (DSQ) by Andrews et al. (1993) and the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and analyzed the data using analysis of covariance (ANCOVA). **Results:** There was a significant difference between the pretest and posttest of

#### چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. این پژوهش بین سال‌های ۱۳۹۹ - ۱۳۹۷ بر روی ۱۴ مرد معتاد تحت متادون درمانی در شهر تهران انجام شد. معتادان از مراکز نگهداری تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران به روش خوشه‌ای از مناطق ۲۲ گانه مناطق ۲، ۷، ۱۴ و ۱۹ منتخب و از مراکز واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۷ مرد) و آزمایشی (۷ مرد) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های دفاعی آندروز و همکاران (۱۹۹۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-BREF) استفاده شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی، در نمره

۱. \* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، مدرس دانشگاه علمی و کاربردی v. alikhani@yahoo.com

the experimental group in scores of developed defense styles, neurotic defense styles, and undeveloped defense styles ( $P < 0.05$ ), but there was not any significant difference between the pretest and posttest of the control group. In the experimental group, the effectiveness of the intervention was stable for three months. There was a significant difference between the pretest and posttest results of the experimental group in quality of life index ( $P < 0.05$ ), but there was not any significant difference between the pretest and posttest of the control group, and the effectiveness of the intervention was not stable during three months after cessation of treatment.

**Conclusion:** The results indicated that short-term intensive scanning psychotherapy was effective in improving defense styles and the quality of life of patients with substance abuse disorder under methadone maintenance treatment.

**Keywords:** *Scanning psychotherapy, Defense styles, Quality of life, Substance abuse, Methadone*

سبک‌های دفاعی رشد یافته، سبک‌های دفاعی روان رنجور، سبک‌های دفاعی رشد نایافته، تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ )؛ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوتی مشاهده نگردید. در گروه آزمایش، اثربخشی این مداخله در طی سه ماه ثابت داشته است؛ بین نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش، در شاخص کیفیت زندگی، تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ )؛ ولی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل چنین تفاوتی مشاهده نگردید و اثربخشی این مداخله در طی مدت سه ماه پس از قطع درمان ثابت نداشته است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش حاکی از آن است که روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون مؤثر است.

**کلید واژگان:** روان‌درمانی پویشی، سبک‌های دفاعی، کیفیت زندگی، سوءمصرف مواد، متادون

## مقدمه

سوءمصرف مواد، بیماری است که عواقب ناخوشایندی را به دنبال دارد. در جهان امروز مصرف مواد افیونی به مثابه یکی از غم‌انگیزترین تراژدی‌ها، ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی زندگی بسیاری از انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. سوءمصرف مواد یک مشکل جهانی است که هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد به نحوی از آن رنج می‌برد (گنجی، ۱۳۹۲).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنادان نسبت به سایر گروه‌های اجتماعی از کمترین میزان سلامتی برخوردارند و بیشترین تنیدگی را تحمل می‌کنند و به همین علت بیش از دیگران نیازمند دریافت کمک و حمایت می‌باشند. وابستگی به مواد هرچند در ابتدا تصویری از یک مسئله مخاطره‌آمیز فردی را منعکس می‌سازد، در حقیقت دارای ابعاد گسترده اجتماعی است. این اختلال اغلب ماهیتی مزمن و پیش‌رونده دارد و به تدریج تمام ابعاد وجودی شخص را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (قربانی، ۱۳۸۲).

مشاهدات بالینی بر نقش مهم (رنج روان‌شناختی) در اعتیاد تأکید می‌کنند. اغلب رویکردهای روان‌پویشی معاصر، تأکید زیادی بر اختلالات و آشفتگی‌هایی در ساختارهای روان‌شناختی و ظرفیت پاسخ‌دهی افراد در تنظیم زندگی هیجانی درونی آن‌ها و سازگاری با واقعیات بیرونی دارند و تأکید بیشتری بر فهم و درک اختلال اعتیاد از نگاه تنظیم هیجانی درونی و سازگاری با واقعیات بیرونی دارد و این در حالی است که دیدگاه‌های پیشین در رابطه با اعتیاد تأکید بیشتری بر ناتوانی در تشخیص، تعدیل، تحمل احساسات و عواطف دردناک و حفظ حالتی درونی از بهزیستی و سلامتی را داشتند. دیدگاه‌های اخیر نقص‌هایی در ظرفیت کنترل تکانه، خود مراقبتی و محافظت از خود در این بیماران را مدنظر قرار می‌دهند و درمان مؤثر را مبتنی بر اقدامات و مداخلاتی که به‌طور مقتضی پاسخی به نقص در تنظیم هیجانات و رفتارهاست، می‌دانند (وایلنت، ۱۹۹۲).

فروید سبک دفاعی شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش یافتگی می‌دانست. در نظریات معاصر روان‌پویشی، توجه بر تأثیر تجارب مراقبتی اولیه کودک و تعاملات بین فردی وی با مراقبت‌کنندگان اصلی، در شکل‌گیری شخصیت و آسیب‌شناسی آن دارد (مظلوم و عارفی، ۱۳۹۸). مصرف مواد می‌تواند به عنوان دفاعی در برابر احساسات زیر بنایی و عمیقی باشد که فرد معتاد از رو به رویی با آن‌ها بیم دارد. در واقع مکانیسم‌های دفاعی، احساسات، افکار یا الگوهای رفتاری هستند که نسبتاً غیرارادی بوده و در پاسخ به ادراک خطر برانگیخته می‌شوند. آن‌ها نوعی فرآیند ذهنی یا سبک مقابله‌ای هستند که منجر به ظهور واکنش‌های روان‌شناختی خودکار شده تا از فرد در برابر اضطراب محافظت کنند (زیگلوسکی، ۲۰۱۰). ولس (۱۹۸۷) معتقد است فرآیند غالب دفاعی در معتادان به مواد افیونی، دونیمه سازی و بزرگنمایی است. لوین (۲۰۰۸) نیز معتقد بود که معتادان از دفاع‌های ابتدایی مانند دو نیمه سازی، انکار، آرمان سازی و همانندسازی فرافکنانه استفاده می‌کنند.

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی و درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ بنابراین، این مفهوم کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (بنومی، پاتریک، باشنل و مارتین، ۲۰۰۰)؛ از آنجا که بیشتر درمان‌ها در زمینه اعتیاد در حوزه شناختی، خانواده‌درمانی و گروه درمانی صورت می‌گرفته است و این نوع درمان‌ها عمدتاً مبتنی بر تشخیص‌های توصیفی طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-5) و اطلاعاتی درباره پویایی‌های زیربنایی نشانه‌های بیماری این افراد ندارد، لذا در این پژوهش درمان‌های پویشی که به سنجش مکانیسم‌های دفاعی و مداخلاتی در جهت تغییر و همچنین به تنظیم اضطراب و تقویت کارکردهای ایگو در بیماران است،

می‌پردازد. روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، نوعی از روان‌درمانی است و به درمان‌هایی اطلاق می‌شود که ضمن پایبندی به اصول روان‌تحلیلی که عمدتاً آمیزه‌ای از انواع رویکردهای تحلیل نظیر ساختاری، من، خود، روابط شیء، بین فردی و دلبستگی است، در آن به علل نشانه‌ها، یادگیری و انگیزه رفتار فرد معتاد نیز توجه می‌شود (کاولین، ۱۳۸۸).

در ایران اکثر مداخلات درمانی در زمینه اعتیاد در حوزه‌های شناختی - رفتاری است و یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که باید هماهنگی و تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار که یکی از عوامل مهم در درمان اعتیاد محسوب می‌شود، در نظر گرفته شوند. از آنجا که هر نوع برنامه‌ریزی مبتنی بر اطلاعات و شناخت از جامعه است، لذا هدف از این پژوهش بررسی تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک دفاعی و بهبود کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع استنباطی است که در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۷ بر روی ۱۴ مرد وابسته به مواد افیونی، (۲۲ تا ۳۸) ساله، تحت متادون درمانی در شهر تهران انجام شد. از مراکز درمانی تحت پوشش سازمان بهداشتی به روش خوشه‌ای از مناطق ۲۲ گانه تهران، مناطق (۱۹ و ۱۴، ۷، ۲) انتخاب و معتادان واجد شرایط که به مدت سه ماه و بیشتر در مراکز تحت درمان بودند، با کسب مجوز از مسئولین ذی‌ربط، منتخب و به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار داده شدند و برای اثربخشی درمان روانپویایی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و کیفیت زندگی بیماران دارای اختلال سوء‌مصرف تحت درمان متادون، از طرح نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شد. برای هر دو گروه قبل و بعد از درمان پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی (DSQ) و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-BRF) که هر دو از اعتبار و روایی بالایی برخوردار هستند، استفاده شد. دوره پیگیری پس از گذشت دو ماه انجام شد. درمان روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر طبق الگوی درمانی مدل دوانلو طی ۱۶ جلسه یک ساعت و به مدت یک‌بار در هفته صورت پذیرفت و تجزیه و تحلیل آماری در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری استخراج شدند. در بخش آمار استنباطی به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت. از تحلیل کوواریانس در طرح‌های (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) استفاده شد. در این طرح قبل از آن که آزمودنی‌ها در شرایط آزمایشی قرار بگیرند، یک آزمون بر روی آن‌ها در شرایط آزمایشی صورت پذیرفت و سپس بعد از قرار گرفتن آن‌ها در معرض شرایط آزمایشی همان آزمون مجدداً بر روی آن‌ها اجرا شد و پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس عبارت بودند از: نرمال بودن متغیرها، همگنی

واریانس‌ها و همگنی رگرسیون. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS انجام و سطح اطمینان ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### جدول ۱. مراحل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده

جلسات	محتوا	توالی پویشی
جلسه اول و دوم	پرسش در خصوص مشکلات	توالی پویشی در ابتدا با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله درمانگر به جستجو در علائم اختلال و مشکلات شخصیتی بیمار می‌پردازد. از وی پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند و بر احساسات او متمرکز می‌شود.
جلسه سوم و چهارم	فشار	پس از تقاضای توضیح بیشتر از بیمار، فشار درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ‌های بیمار به تدریج مرحله دوم توالی پویشی را آغاز می‌کند. بیمار معمولاً علائم اختلال و وضعیت زندگی خود را به صورتی مبهم و نه‌چندان سؤال‌برانگیز توضیح می‌دهد در همین جاست که درمانگر با تقاضای توضیح جزئی‌تر، عینی‌تر و مشخص‌تر فشار را آغاز می‌کند. درخواست پاسخ‌های مشخص‌تر از بیمار و درخواست یک مثال مشخص، سؤالات جستجوگرانه، هدایت مصاحبه به سمت مسائل مهم؛ درخواست اطلاعات بیشتر در این موارد، هدایت مصاحبه به حوزه‌هایی که بیمار در آن‌ها مشکل دارد، جهت دادن مصاحبه به‌سوی مسائل مهم خود، تکرار یک پرسش برای جلوگیری از طفره رفتن بیمار، سد کردن در قالب پاسخ ندادن، هدایت توجه بیمار به استفاده وی از واژه‌هایی خاص، بیان نکات روشن‌کننده، بیان نکات مواجهه‌ای(اشاره به مسائلی که به‌وضوح در مورد بیمار صحت دارد، اما وی چشم خود را روی آن‌ها می‌بندد) روشن کردن آنچه گفتار بیمار بر آن دلالت می‌کند، اما وی از آن‌ها می‌گریزد، تمرکز بر خیال‌پردازی‌ها، هدایت توجه بیمار به علائم غیرکلامی: مسیرهای جسمانی، احساسات ناراحت‌کننده را کانون توجه قرار دادن، تمرکز بر تجربه و لمس واقعی احساسات و تمرکز بر تکانه‌ها(مانند خشم).
جلسه پنجم و ششم	چالش	وقتی که پرسش از مشکل بیمار و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات صورت گرفت، مانورهای دفاعی در بیمار فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق چالش با آن‌ها وارد مرحله واریسی و تحلیل دفاع‌ها می‌شود؛ از آنجائی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین حدی است که فرد توانایی آن را دارد، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات باید مشخص شده و مورد چالش قرار گرفته و خنثی شوند. شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها و برانگیختن بیمار بر ضد دفاع‌ها در ابتدا توسط درمانگر اعمال می‌شود و در ادامه وقتی بیمار به این بینش دست یافت که در حال مقاومت در برابر تجربه احساسات دردناکش است، درمانگر چالش را آغاز می‌کند. برخی از فنون درگیری مستقیم در بخش ذیل گردآوری شده است: اشاره و تأکید بر مشکلات و آثار آن‌ها بر زندگی فرد، قرار دادن مسئولیت بر دوش بیمار، تأکید بر اراده و میل بیمار، تأکید بر وظایف درمانی و هدف بیمار، تأکید بر مشارکت و همکاری بین بیمار و درمانگر، اشاره و تأکید بر

<p>ماهیت و کارکرد و پیامد استفاده از دفاع‌ها، اشاره و تأکید بر جنبه خود تخریبی مقاومت، چالش و فشار به مقاومت بر ضد نزدیکی هیجانی، فشار بر پیمان درمانی ناهشیار.</p>	
<p>هم‌زمان با افزایش تنش درون روانی بیمار، اشکال متعارض احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر نمایان می‌شود. بخشی از شخصیت بیمار که با سیستم‌های دفاعی مشخص می‌شود، نسبت به چالش‌های درمانگر با خشم واکنش نشان می‌دهد در حال که بخشی از شخصیت بیمار که کانون پیمان درمانی با گرایش به خودمختاری و رهایی از مشکلات است نسبت به تلاش بی‌وقفه درمانگر برای کمک با گرمی و سپاس واکنش نشان می‌دهد؛ در بیماران هر دو احساس مثبت و منفی انتقالی به تشدید مقاومت منجر می‌شود. در این مرحله درمانگر مداخلاتی را به کار می‌بندد تنش بین دو نیروی متعارض را در بیمار به حداکثر خود می‌رساند، به مجموعه این مداخلات درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی نامیده می‌شود.</p>	<p><b>جلسه هفتم و هشتم</b> مقاومت انتقالی</p>
	<p><b>جلسه نهم و دهم</b> دستیابی مستقیم به ناهشیار</p>
<p>در این مرحله به برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش پرداخته می‌شود. در این مرحله بیمار نسبت به نحوه دفاع از خود در برابر احساساتش در روابط فعلی، گذشته و انتقالی‌اش بینش می‌یابد و درمانگر در این مرحله شباهت‌ها و تفاوت‌ها را تحلیل می‌کند.</p>	<p><b>جلسه یازدهم و دوازدهم</b> تحلیل انتقال</p>
<p>کاوش در زندگی خانوادگی بیمار اهمیتی اساسی دارد. معمولاً در این مرحله رخنه‌های مکرری در احساسات ناهشیار رخ می‌دهد؛ رویارویی با احساسات دردناک ممکن است مقاومت نه‌چندان شدیدی را در بیمار برانگیزد؛ اما با اندکی فشار و چالش، می‌توان به سهولت بر مقاومت غلبه کرد.</p>	<p><b>جلسه سیزدهم و چهاردهم</b> کاوش پویشی در ناهشیار</p>
<p>مروری بر جلسات گذشته، تعبیر و تفسیر نتایج و اجرای پس از آزمون</p>	<p><b>جلسه پانزدهم و شانزدهم</b> تعبیر و تفسیر</p>

### یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴ مرد از بیماران ۲۲ تا ۳۸ سال و با بالاترین میزان تحصیلات (۵۹/۱۵) در صد مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس نمره متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
سبک دفاعی رشد نیافته	۰/۱۳۶	۱	۱۴	۰/۶۲۴
سبک دفاعی رشد یافته	۰/۰۱۸	۱	۱۴	۰/۷۴۵
سبک دفاعی نوروتیک	۰/۸۲۲	۱	۱۴	۰/۲۹۶
نمره کل کیفیت زندگی	۱/۱۷	۱	۱۴	۰/۲۱۳

آزمون لوین در متغیرهای سبک‌های دفاعی و کیفیت زندگی معنادار نیست، چراکه سطح معناداری به دست آمده برای هریک از آن‌ها در مقایسه با سطح معناداری آلفا ۰/۰۵ بزرگ‌تر است؛ بنابراین، واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مذکور معنادار نبوده و در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۳. جدول مربوط به بررسی پیش‌فرض شیب‌خط رگرسیون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
سبک دفاعی رشد نیافته	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۱۱۷۸/۱۱	۲	۵۶۳/۱۲	۳/۵۶	۰/۰۴۸
سبک دفاعی رشد یافته	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۳۲۸۹/۶۵	۲	۱۴۳۹/۲۷	۲/۴۵	۰/۰۷۲
سبک دفاعی نوروتیک	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۴۵۳/۱۱	۲	۲۲۹/۴۲	۷/۳۹	۰/۰۴۱
نمره کل کیفیت زندگی	تعامل گروه و پیش‌آزمون	۴۱۶۷/۱۷	۲	۲۰۷۸/۴۴	۶/۴۵	۰/۰۱۸

با توجه به نتایج به دست آمده میزان سطح معناداری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است و این پیش فرض تأیید شده است.

جدول ۴. آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات سبک‌های دفاعی

مراحل	منبع اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
تفاوت گروه روی	اثر پیلایی	۰/۸۹۶	۱۱۹/۵۸	۳	۹	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۱	۱۲۷/۸۳	۳	۹	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۴۱/۵۷	۱۲۷/۸۳	۳	۹	۰/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه	۴۱/۵۷	۱۲۷/۸۳	۳	۹	۰/۰۰۰

نتایج نشان می‌دهد که با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه (متغیر مستقل) وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر یکی از سبک‌های دفاعی در دوره پیگیری مؤثر بوده است (لامبدای ویلکز،  $p < 0.05$ ).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نمرات پس آزمون و پیگیری سبک‌های دفاعی

متغیر	مراحل	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سبک دفاعی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۲۱۷/۳۲	۱	۱۳۲۵/۱۸	۷۱/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۶۳
	گروه	گروه	۱۱۳۴/۴۵	۱	۱۲۱۷/۵۴	۹۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲
رشد نایافته	پیگیری	پیش آزمون	۶۸/۱۵۳	۱	۱۳۲۵/۱۸	۷۱/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۶۳
	گروه	گروه	۱۱۶۵/۴۴	۱	۱۰۹۸/۵۲	۸۴/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۷۶
سبک دفاعی	پس آزمون	پیش آزمون	۲۱۵۸/۱۶	۱	۱۹۷۴/۳۶	۱۹۹/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۷۴
	گروه	گروه	۲۵۳۶/۱۸	۱	۲۱۹۱/۶۴	۲۴۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳
رشد یافته	پیگیری	پیش آزمون	۲۹۴۷/۱۳	۱	۲۵۴۲/۳۷	۲۳۷/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۸۹
	گروه	گروه	۲۱۷۹/۴۷	۱	۲۴۳۷/۱۵	۲۹۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
سبک دفاعی	پس آزمون	پیش آزمون	۳۲۹/۶۹	۱	۴۲۵/۵۱	۳۴/۵۴	۰/۰۰۳	۰/۷۹
	گروه	گروه	۴۵۵/۷۵	۱	۴۳۸/۸۷	۳۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
رنجور	پیگیری	پیش آزمون	۹۹/۷۶	۱	۹۹/۷۶	۱۳/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۴۶



نتایج نشان می‌دهد اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی رشد نیافته بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون معنادار است و همچنین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی رشد یافته بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون نیز معنادار است؛ بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، میزان به کارگیری سبک‌های دفاعی رشد یافته را در بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان متادون افزایش می‌دهد.

### جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی

متغیر	مراحل	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر توان آمار
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۸۲۳/۲۷	۱	۳۸۲۳/۲۷	۳۲۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	گروه	۴۲۸۶/۱۲	۱	۴۲۸۶/۱۲	۴۶۲/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۸۲
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳۵۴۷/۷۵	۱	۳۵۴۷/۷۵	۲۵۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	گروه	۵/۱۸	۱	۵/۱۸	۰/۶۵۹	۰/۲۸۶	۰/۰۶

نتایج آماری پژوهش حاکی از آن است که با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه (متغیر مستقل) وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر یکی از سبک‌های دفاعی در پس‌آزمون و دوره پیگیری مؤثر بوده است. (لامبدای ویلکز  $P < 0/05$ )؛ روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییر سبک‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به گسترش رو به افزایش اختلال وابستگی به مواد در کشور ما و تأثیرات مخرب آن بر کیفیت زندگی بیماران، در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است. مداخلات روان‌شناختی برای شناسایی و کاهش رنج‌ها، ضعف‌ها و تحقق ظرفیت‌ها و توانایی‌های آدمی از موضوعاتی است که توجه روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، پزشکان عمومی و حتی وکلای خود جلب کرده است (کرامر، ۲۰۰۷). در تحقیقات مشخص شده است که سلامت جسمی

و روانی بیماران به‌طور معناداری با مکانیزم‌های دفاعی آن‌ها در ارتباط است. مواد افیونی برای فرد نقش نوعی مکانیزم دفاعی در برابر اضطراب را ایفا می‌کند؛ زیرا در نظریه روان تحلیل‌گری عقیده بر آن است که افراد برای مقابله با اضطراب از راهبردهای ناهشیار، یعنی مکانیزم‌های دفاعی به‌وفور استفاده می‌کنند. با این توصیف مکانیزم‌های دفاعی به‌طور منطقی این ظرفیت را دارند که به‌عنوان یکی از متغیرهای درمانی در نظر گرفته شوند. در واقع اساسی‌ترین تمرکز درمان روان‌پویشی بر درد هیجانی یا روان‌شناختی است که در آن زندگی به‌عنوان یک فرآیند مشکل و طاقت‌فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل با آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها و سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد. علاوه بر این افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد از آنجا که تمام محور زندگی‌شان معطوف به مصرف مواد است، اغلب از توجه به ابعاد کیفیت زندگی به‌خصوص سلامت و بهداشت روانی و جسمی بازمی‌مانند. در واقع اعتیاد در کنار تمامی عوارض منفی خود، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی افراد مبتلا نیز می‌شود؛ بنابراین، حائز توجه است که با توجه به تأثیر گسترده کیفیت زندگی پایین بیماران بر اشتیاق به مصرف مواد، در درمان این بیماری، به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها نیز توجه شود (وارمرس، ۱۹۹۹).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند، دارند که این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آن‌ها است. کیفیت زندگی بازتابی از اثرات فیزیکی، روانی، اجتماعی بر زندگی روزمره فرد و شاخصی از میزان رضایت فرد از زندگی روزمره‌اش است.

بر اساس پیشینه پژوهشی و پیشینه نظری می‌توان نتیجه گرفت که در فرد معتاد عملکردهای دفاعی ایگو ضعیف است، به‌طوری‌که نمی‌تواند ایگو را در برابر محرک‌های بیرونی و درونی محافظت کند؛ بنابراین، فرد معتاد سعی می‌کند تا با استفاده از مواد اگرچه به صورت تصنعی، ایگو و عملکردهای دفاعی آن را تقویت نماید. استفاده از مواد خود باعث دوری هرچه بیشتر از واقعیت بیرونی و درنهایت تضعیف بیشتر ایگو و مکانیزم‌های دفاعی کنونی در فرد شده و چرخه‌ای باطل را شکل می‌دهد که در آن فرد معتاد روزبه‌روز ضعیف‌تر خواهد شد و به‌تبع آن سطح کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه خواهد کرد.

مطالعات نشان داده‌اند که درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت که مستقیماً با دفاع‌های بیمار سروکار دارند به کاهش چشمگیری در میزان استفاده از دفاع‌های غیر انطباقی و بالعکس افزایش معناداری در دفاع‌های انطباقی و سازگارانه داشته است و هم‌چنین بین مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته با پذیرش اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. پیش‌فرض پژوهشگر در خصوص انجام این پژوهش عبارت است از این که در اعتیاد به مواد افیونی، مشکلات روان‌شناختی، احساسات ناخوشایند و

سبک‌های دفاعی رشد نیافته بیمار بر گرایش وی به مصرف مواد و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی وی تأثیرگذار است. کارکردهای ایگو معمولاً در این بیماران دچار مشکل است، ظرفیت تجربه هیجانات نیز که از کارکردهای ایگو است، در این افراد با مشکل روبرو است.

در این پژوهش یکی از اهداف درمان نشان دادن ارتباط بین سبک‌های دفاعی رشدنیافته با گرایش به استفاده از مواد افیونی و اعتیاد به آن است تا بدین‌وسیله بیمار انگیزه لازم را برای اقدام بر علیه دفاع‌های رشد نیافته و کنار گذاشتن آن‌ها را داشته باشد. با ظرفیت‌سازی ایگو برای بیمار کمک به بهبودی وی تسریع و در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به‌وسیله چالش با دفاع‌ها در فرایند درمان است که بیمار را بهبود می‌بخشد و به تبع آن باعث بهبود کیفیت زندگی او نیز می‌شود.

این پژوهش درصدد پاسخگویی به دو فرضیه است. فرضیه اول، روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، بر میزان به‌کارگیری سبک‌های دفاعی رشدنیافته، روان رنجور و رشد نیافته در بیماران مبتلا به اختلال سوء مواد مصرف تحت درمان متادون تأثیرگذار است و فرضیه دوم، روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است. نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیقات گلوریا (۲۰۱۳)، باند و پری (۲۰۰۴)، راکتیک، کواسویک و دی جوریک (۲۰۰۹)، برادی و کارسون (۲۰۱۲)، لا، گرافی و کروئکی (۲۰۰۹)، معنوی پور (۱۳۹۷) و احمدی (۱۳۹۴) همسو است و بر طبق نتایج پژوهش درمان روان پویشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تری را ایجاد می‌کند و نشانه‌های پاتولوژیک بیمار در اثر تغییر در سبک‌های دفاعی وی بهبود پیدا می‌کند. روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت، نه صرفاً به دلیل اینکه در مدت بسیار کوتاهی به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت معتاد می‌پردازد، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت بسزایی دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم انگیزه و رغبت سوء‌مصرف‌کنندگان مواد جهت درمان سرپایی در کلینیک، عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی همچون تیپ شخصیت و کمبود تحقیقات مشابه در حوزه اثربخشی درمان روان پویشی بر جامعه معتادین اشاره کرد؛ از این رو، می‌توان پیشنهاد نمود که در پژوهش‌های آتی به انجام مداخلات درمانی بر روی دو گروه در حال سم‌زدایی و درمان نگهدارنده با متادون پرداخته شود.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر لحظه که تمایلی به ادامه درمان نداشتند می‌توانند جلسات درمانی را ترک کنند.

## سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در این پژوهش مرا یاری رسانده‌اند نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- دوانلو، حبیب (۱۹۹۵). *روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده ترجمه: عنایت خلیفی سیگارودی، تهران: نسل فردا، انتشارات ارجمند. ص ۲۷۳*
- قربانی، نیما (۱۳۸۲). *روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده. تهران: انتشارات سمت. ص ۷۸*
- کاولین دلا سلوا، پاتریشیا (۱۳۸۸). *روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده. مترجمان: مجید یوسفی لویه، مرتضی نوربخش (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات نشر و انیا. ص ۱۴۲*
- گنجی، حمزه (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان*
- مظلوم، معصوم؛ عارفی، مژگان. (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی روانپویایی فشرده کوتاه مدت بر کنترل عواطف زنان متاهل. سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی. ۱ (۲): ۱۹-۳۸*

## References

- Abbass, A. (2002). Office based research in intensive short – term dynamic psychotherapy for DSM-LV personality Disorder. *J Nerv Ment Dis.* (196): 2008, 2011-2016. p:184
- Cramer, P., and Jones, C. J. (2007). Defense mechanism predict differential life span change in self – control and self acceptance. *Journal of Research in Personality*, 41(4): 841-850
- Wurmser, I., (1999). Mr. Pecksniff, s Horse (psychodynamics in Compulsive Drug Use). In psychodynamics of Drug Dependence, In Blaine, J.D., Julius, D.A. (Eds): National institute on drug abuse, Monograph series, p:397
- Vaillant, G., (1992). Ego Mechanism of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers, American psychiatric press, Inc p:232