

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

A Comparing of two Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Attitudes Effectiveness on Early Maladaptive Schema in Metamphetamine Addicts

Kiumars Ardjmand Ghujur *
 Payamnoor University, Takab, Iran
 Arjomand_k@yahoo.com

کیومرث ارجمند قجور (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی دانشگاه

تبریز، مدرس دانشگاه پیام نور تکاب

Dr Ali Eghbali
 Farhangian University, Tabriz, Iran
 aeghbali88@gmail.com

دکتر علی اقبالی

دکترای تخصصی روانشناسی، مدرس دانشگاه

فرهنگیان تبریز

Abstract

This research carried out with the aim of two schema therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) effectiveness comparing on early maladaptive schema in metamphetamine addicts. type of this research is clinical trial pretest-posttest and follow up (3 months) with control group. Statistical society included all of metamphetamine addicts in Takab and shahindejh town ship on 1393 that between them, 60 selected on snowball sampling method and settled on two experimental groups and one control group. First group learned schema therapy and the second one received acceptance and commitment therapy (ACT) and the control group had no learning. Members of two groups had

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد. این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شهرستان‌های تکاب و شاهین‌دژ در سال ۱۳۹۳ بود که از بین آنها تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب و به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه اول آموزش طرحواره‌درمانی و گروه دوم روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده و

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

separated 12 sessions of treatment intervention, every week two sessions on 1/30 hours. Research tools included demographic information questionnaire and Young scale questionnaire short form. In order to analysis data in addition to descriptive statistics used form analysis of variance with repeated measures. results showed that schema therapy and acceptance and commitment therapy in comparing control group was meaningful effective on regulating of early maladaptive schema in metamphetamine addicts. according to that early maladaptive schema have a main role in etiology on metamphetamine addicts, we offer to pay attention to early maladaptive schema in addiction prevention therapy centers and do some interventions up on it.

Keywords: schema therapy, acceptance and commitment therapy, early maladaptive schema, metamphetamine

گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. افراد هردو گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه مداخلات درمانی به صورت جداگانه و هر هفته دو جلسه به مدت یک و نیم ساعت قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بانگ (YSQ-SF) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آماره‌های توصیفی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است ($P < 0/001$). با توجه به این که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین نقش عمده‌ای دارد، پیشنهاد می‌شود در مراکز پیشگیری و درمان وابستگی به مواد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد توجه قرار گرفته و مداخلاتی بر اساس آن انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مت‌آمفتامین

دریافت: فروردین ۹۵ پذیرش: مهر ۹۵

مقدمه

امروزه وابستگی به مواد به عنوان یکی از مشکلات اساسی جوامع تبدیل شده است. این وابستگی منجر به اختلالات روانی، رفتاری و شناختی زیادی در افراد وابسته می‌شود و هزینه‌های زیادی را برای جوامع در بردارد (بال، ۲۰۰۲). شیشه معروف‌ترین و مهم‌ترین ماده اعتیادآور گروه مت‌آمفتامین‌ها^۱ در کشور است که متابولیسم بدن را افزایش داده و

1- metamphetamine

حالت نشاط به وجود می‌آورد، هوشیاری را زیاد می‌کند و حس افزایش انرژی به مصرف کننده می‌دهد. این ماده بسیار اعتیادآور و نسبت به دیگر آمفتامین‌ها آسیب بیشتری به فرد وارد می‌کند (زکریایی، ۲۰۰۹). آمفتامین‌ها خصوصاً مت‌آمفتامین قوی‌ترین مواد هستند و خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را دربر دارند (تاپ و دگنرهارت، کی و دارک، ۲۰۰۲) و با نرخ بالای روان‌پریشی (مک کتین و کلی و مک‌لارن، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل، پترسون و گرانت، ۲۰۰۵)، و مشکلات شناختی (نوردال، سالو و لیمون، ۲۰۰۳) ارتباط دارند. این ماده دارویی محرک سیستم عصبی مرکزی است، اما سوءاستفاده از مت‌آمفتامین به عنوان یکی از ترکیبات موجود در قرص‌های روان‌گردان در جامعه به‌خصوص در بین جوانان و نوجوانان رو به افزایش بوده، به صورت یک معضل اجتماعی درآمده است (کومر و همکاران، ۲۰۰۱؛ اومالی، ۲۰۰۵).

ژرف‌ترین ساختارهای شناختی، طرحواره‌ها^۱ هستند (بک و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از اسویتز، 2006)؛ طرحواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به‌دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند (بک، ۱۹۶۷، به نقل از جکوبین، 1997) و بدین ترتیب بر نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند.

طرحواره‌درمانی^۲ روشی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش (۱۹۹۹، ۱۹۹۰) پایه‌گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی - رفتاری (CBT) و مولفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان‌تحلیلگری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل

1 -schemas

2 - schema therapy

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارایه دهد (یانگ، ۱۳۸۶). طرحواره-درمانی «بطور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی طرحواره را قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند» (یانگ، ۲۰۰۵). در چارچوب روان-درمانی، طرحواره به عنوان یک عامل سازمان‌بخش در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. برخی از طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۲).

یکی از نظریه‌های مطرح در عرصه طرحواره‌ها، نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ یانگ است. یانگ (۲۰۰۵) در نظریه خود پانزده طرحواره معرفی کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن^۲، خودگردانی^۳، شایستگی و هویت^۴، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم^۵، خودابرازی، خودانگیختگی و لذت^۶ و جهت‌گیری از درون^۷ ایجاد می‌شوند. طبق تعریف یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه‌ی فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ، ۲۰۰۳). این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی^۸ (عقیده به اینکه دیگران با ما همدلی ندارند و به موقع نیازهای ما را برآورده نمی‌کنند)، رهاشدگی / بی‌ثباتی^۹ (در این

1 -Early maladaptive schema

2 -connection and acceptance

3 -self regulation

4 -competence and identify

5 -autonomy and performance

6 -self – expression, spontaneity and pleasure

7 -inner – directedness

8 -emotional deprivation

9 -abandonment /Instability

حالت شخص احساس می‌کند نزدیکانش از او حمایت عاطفی نمی‌کنند و نمی‌توانند از او محافظت کنند، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری^۱ (عقیده به اینکه دیگران به ما آسیب می‌رسانند و به ما دروغ می‌گویند، تا امتیازات ما را بگیرند)، انزوای اجتماعی^۲ (اعتقاد به این موضوع که فرد با دیگران متفاوت است، و به هیچ دسته‌ای تعلق ندارد)، نقص / شرم^۳ (احساس اینکه او فردی بد و ناخواسته است، در این شرایط فرد احساس حقارت می‌کند و فکر می‌کند که هیچ کس او را دوست ندارد)، شکست^۴ (عقیده به اینکه او شخصی شکست خورده است و در هر زمینه‌ای شکست خواهد خورد)، وابستگی / بی‌کفایتی^۵ (عقیده به اینکه او به میزان قابل توجهی برای انجام وظایفش نیازمند کمک دیگران است)، آسیب-پذیری به ضرر^۶ (ترس افراطی از یک بیماری و یا ترس از اینکه در یک موقعیت به او ضربه شدیدی وارد خواهد شد، که او قادر به پیشگیری از آن نیست)، گرفتاری / در دام افتادگی^۷ (وابستگی عاطفی شدید به یک یا چند نفر از نزدیکان به خصوص والدین)، اطاعت^۸ (سرکوبی بیش از حد عواطف به خصوص خشم به منظور اجتناب از تنهایی)، از خود گذشتگی^۹ (نادیده گرفتن خود و تمرکز بیش از حد بر آوردن نیازهای دیگران در موقعیت‌های زندگی)، بازداری هیجانی^{۱۰} (تاکید افراطی بر منطقی بودن و ممانعت از ابراز خشم و هر نوع عاطفه دیگر، بیان نکردن احساسات و عواطف)، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی^{۱۱} (عقیده به اینکه شخص باید معیارهای درونی بسیار بالایی داشته باشد، نوع کمال‌گرایی افراطی)، استحقاق^{۱۲} (عقیده به اینکه شخص از

1 -mistrust/abuse

2 -social isolation

3 -shame /defectiveness

4 -failure

5 -dependence/incompetence

6 -vulnerability to harm or illness

7 - enmeshment

8 -subjugation

9 -self-sacrifice

10 -emotional inhibition

11 -unrelenting standards/hyper criticalness

12 -entitlement

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

دیگران بالاتر است، و هر کاری که او انجام می‌دهد و یا ادعا می‌کند درست است) و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی^۱ (ناتوانی در مهار خواسته‌ها و تمایل افراطی برای خشنودی و اجتناب از موقعیت‌های ناراحت‌کننده). یانگ (۱۹۹۷) با تأکید به طرحواره‌ها بیان نمود که طرحواره‌ها ممکن است در یک مرحله‌ی زمانی نافعال باشند و پس از آن در نتیجه‌ی تغییر در نوع دروندادهایی که از محیط دریافت می‌کنند، انرژی کسب کرده و به سرعت فعال شوند.

طی سال‌های متوالی درمان‌های روانشناختی متعددی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان "رفتاری-شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آنها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آنها را به کلی حذف کرد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۲ نامید که به روان‌درمانی‌های پست مدرن نیز معروف هستند؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳، درمان فراشناختی^۴ و درمان پذیرش و تعهد^۵ (ACT) (هیز، ۲۰۰۴). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود

1 -insufficient self-control /self-discipline

2 - Acceptance based Models

3 -Mindfulness Based Cognitive Therapy

4 -Metacognitive

5 - Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

(فورمن و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از کانتر و همکاران، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۱ فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طورکامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی^۲ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^۳ یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزشها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۴ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). شواهد تجربی درمورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند: افسردگی (کانتر و همکاران، ۲۰۰۶)، پسیکوزها (باچ و همکاران، ۲۰۰۲)، فرسودگی شغلی (باند و همکاران، ۲۰۰۳)، درد مزمن (داهل و همکاران، ۲۰۰۲)، سوء‌مصرف و وابستگی به مواد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)؛ گیفورد و همکاران، ۲۰۰۴)، مشخص شده است.

1 - Psychological acceptance

2 - Psychological Awareness

3 - Cognitive Defusion

4 - Committed Action

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

تحقیقات کم و بیش قانع‌کننده‌ای وجود دارد که اثربخشی طرحواره‌درمانی را در سطح مداخله فردی و هنگام وجود اختلال‌های روانی قابل تشخیص از جمله سوءمصرف مواد تایید کرده‌اند (استلیز، ۲۰۰۴؛ دی آندریا، ۲۰۰۴؛ یانگ، ۲۰۰۶؛ فارل، شاو و ویر، ۲۰۰۹). تعدادی از مطالعات به همبستگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وابستگی به مواد اشاره کرده‌اند (بال و سسرو 2001؛ بروتچی و همکاران، ۲۰۰۴). به طور مثال بال و همکاران (2005) فرض کرده بودند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی - بی‌ثباتی، بی-اعتمادی - سوءاستفاده، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و نقص - شرم) به طور خاصی در گروه سوءمصرف مواد بارز باشند. از بین این پنج طرحواره، تنها انزوای اجتماعی به طور بارز تایید شد. نتایج مطالعات (روپر و همکاران، 2009؛ بروتچی، ۲۰۰۴؛ دکولار و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از روپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ سسرو و همکاران، ۲۰۰۴) نشان دادند طرحواره‌های ایثار و اطاعت، در گروه وابسته به الکل و معتادان در مقایسه با گروه غیربالینی از شدت بیشتری برخوردار است. اویسی و بخشانی (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان پرداختند که نتایج به دست آمده نشان داد افراد وابسته به مواد در حوزه‌های طرحواره‌ی بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی، نمره بالاتری داشته و تفاوت آن‌ها با افراد غیر وابسته معنادار بوده است. اسموت و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوءمصرف کننده مواد در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که میزان ماندن افراد در درمان‌های روان‌شناختی شدیداً چالش‌برانگیز است، به‌گونه‌ای که ۹۰ نفر از ۱۰۴ فرد مشارکت‌کننده در درمان تنها در یک جلسه خود را نگه داشته و حدود یک سوم آنها بعد از جلسه درمانی ریزش داشته‌اند و تنها ۲۱ درصد در درمان شناختی - رفتاری و ۱۲ درصد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمام ۱۲ جلسه حاضر شده‌اند. با این وجود، تاثیر این دو درمان بر مصرف آمفتامین و تسکین

آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است. کیانی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه در شهر بهارستان اصفهان پرداختند که نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو گروه‌درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری دارد و در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تاثیرگذار بودند.

با توجه به مبانی نظری پژوهش و نقش طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان عوامل کلیدی در ارتباط با پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد به‌ویژه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین و خلاءهای پژوهشی در این زمینه، استفاده از نتایج این پژوهش در درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین شهرستان تکاب و شاهین‌دژ بود که طی زمستان سال ۱۳۹۳ به مراکز ترک اعتیاد این دو شهرستان مراجعه کردند و از بین آنها ۶۰ نفر با استناد به پژوهش‌های معتبر قبلی و به روش نمونه‌گیری گلوله برفی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. هر گروه شامل ۲۰ نفر بود اما تعداد ۳ نفر در گروه طرحواره‌درمانی و ۴ نفر در گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ریزش مشاهده

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

شد. تعداد جلسات درمانی دوازده جلسه یک و نیم ساعته بود و در هر هفته دو جلسه به صورت جداگانه اجرا شد. ابزار پژوهش عبارتند از:

الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف، سابقه درمان و ترک، نوع درمان، تعداد دفعات ترک و بیشترین زمان ترک بود که توسط محقق ساخته شد.

ب) فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ- SF): برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه‌ای که یانگ (۲۰۰۵) با ۷۵ سؤال، مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص / شرم، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتاری / در دام افتادگی، اطاعت، بازداری هیجانی، از خودگذشتگی، معیارهای سرسختانه، خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی، استحقاق و شکست تهیه و آماده اجرا کرده، استفاده شد. هر پنج سؤال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و برای بدست آوردن نمره طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌گردد. در هر کدام از طرحواره‌ها که فرد نمره بیشتری کسب کند، آن طرحواره به‌عنوان طرحواره ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود. اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این طرحواره‌ها را اسمیت و همکاران (۱۹۹۵) انجام دادند و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین این پژوهشگران نشان دادند، پرسشنامه طرحواره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روانشناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و از روایی مطلوبی برخوردار است. این پرسشنامه را درایران آهی (۱۳۸۵) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مونت ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسشنامه حمایت می‌کند (ولبرن و

همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از برازنده، (۱۳۸۴). این پرسشنامه از اعتبار صوری مطلوبی برخوردار است (فتی و موتابی، ۱۳۸۵). پژوهش‌های متعددی نیز کارآیی آن را در تفکیک بیماران بر مبنای طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه نشان داده‌اند (سسر و همکاران، ۲۰۰۴؛ والر و همکاران، 2001).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر آماره‌های توصیفی از نرم افزار SPSS17 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد میانگین سنی بیماران در گروه طرحواره-درمانی ۲۵/۴ و در گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۶/۴ بود. ۵۴ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش شاغل و ۴۶ درصد بیکار بودند. بیشترین میزان فراوانی تحصیلات در هردو گروه دیپلم (۵۱ درصد) و کمترین فراوانی کارشناسی ارشد (۲/۵ درصد) بود. میانگین تعداد سال‌های مصرف در گروه طرحواره‌درمانی ۲/۸ سال و در گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲/۶ سال بود. تمامی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مرد بودند.

جدول ۱. نتایج نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های آزمایش و کنترل

کنترل		روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد		طرحواره درمانی		متغیر	
SD	M	SD	M	SD	M	موقعیت	
۱/۳۵	۱/۴۸	۱/۰۶	۱۷/۱۲	۱/۲۲	۱۷/۶۵	پیش	محرومیت هیجانی آزمون
	۸					آزمون	
۱/۳۲	۱/۷۱	۱/۱۲	۱۲/۹۱	۰/۹۲۵	۱۲/۵۱	پس	آزمون
	۷					پس	
۱/۰۹	۱/۰۵	۱/۴۱	۹/۸۵	۱/۱۲	۱۰/۸۱	پیگیری	
	۸						

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

۱/۰۲	۱/۲۹	۱/۴۲	۱۸/۳۹	۱/۸۱	۱۸/۶۳	پیش آزمون	رها شدگی / بی‌ثباتی
	۸						
۱/۱۴	۱/۴۰	۱/۵۰	۱۳/۶۳	۰/۸۵۹	۱۲/۸۷	پس آزمون	
	۹						
۰/۹۷۸	۱/۶۸	۱/۴۸	۱۲/۹۷	۱/۳۳	۱۱/۲۹	پیگیری	
	۸						
۱/۶۵	۱/۱۰	۱/۷۸	۱۹/۹۱	۱/۲۴	۱۸/۶۹	پیش آزمون	بی‌اعتمادی / بد رفتاری
	۸						
۱/۹۸	۱/۱۶	۱/۰۵	۱۲/۲۲	۰/۸۹۰	۱۱/۶۵	پس آزمون	
	۷						
۱/۴۷	۱/۲۱	۰/۹۸۵	۱۱/۵۶	۱/۴۵	۱۰/۱۰	پیگیری	
	۸						
۰/۸۹۷	۱/۹۱	۰/۸۹۱	۱۷/۳۰	۱/۱۰	۱۸/۲۰	پیش آزمون	انزوای اجتماعی
	۷						
۱/۱۷	۱/۶۵	۰/۸۰۹	۱۲/۶۵	۱/۰۲	۱۲/۸۷	پس آزمون	
	۷						
۱/۵۹	۱/۷۳	۱/۲۹	۱۱/۹۰	۱/۶۱	۱۱/۳۸	پیگیری	
	۸						
۰/۹۶۳	۱/۹۷	۱/۰۸	۱۷/۵۴	۱/۳۰	۱۸/۲۰	پیش آزمون	نقص / شرم
	۸						
۱/۳۷	۱/۷۹	۱/۳۹	۱۲/۰۹	۱/۳۷	۱۱/۱۵	پس آزمون	
	۷						
۱/۵۹	۱/۱۸	۰/۹۳۱	۱۱/۶۰	۱/۶۷	۱۱/۸۲	پیگیری	
	۸						
۰/۹۱۰	۱/۳۹	۱/۲۹	۱۸/۰۹	۱/۰۷	۱۸/۱۰	پیش آزمون	شکست
	۹						
۱/۶۰	۱/۱۴	۱/۱۸	۱۲/۸۴	۱	۱۳	پس آزمون	
	۸						

۱/۴۰	۱/۸۲	۱/۱۹	۱۱/۱۱	۱/۴۵	۱۰/۶۳	پیگیری	
	۷						
۲/۵۸	۲/۳۷	۱/۵۵	۱۸/۳۸	۱/۰۷	۱۹/۹۶	پیش آزمون	وابستگی / بی - کفایتی
	۰						
۱/۱۹	۱/۶۹	۰/۹۳۷	۱۲/۸۳	۰/۹۸۲	۱۲/۷۸	پس آزمون	
	۸						
۰/۹۰۸	۱/۹۸	۱/۷۹	۱۱/۵۷	۱/۱۵	۱۰/۲۹	پیگیری	
	۷						
۲/۱۲	۲/۷۳	۱/۸۲	۱۹/۶۴	۱/۴۵	۱۷/۹۳	پیش آزمون	آسیب پذیری به ضرر
	۰						
۱/۶۷	۱/۱۷	۱/۷۷	۱۲/۵۵	۰/۹۸۶	۱۲/۷۱	پس آزمون	
	۸						
۰/۹۰۴	۱/۸۴	۱/۳۱	۱/۷۸	۱/۳۰	۱۱/۳۴	پیگیری	
	۷						
۱/۵۹	۱/۱۸	۱/۶۵	۱۹/۵۵	۰/۹۲۲	۱۸/۱۷	پیش آزمون	گرفتاری / در دام افتادگی
	۹						
۱/۳۳	۱/۶۷	۰/۹۴۶	۱۲/۷۳	۱/۳۵	۱۱/۶۸	پس آزمون	
	۸						
۰/۹۵۳	۱/۵۰	۱/۷۱	۱۰/۱۷	۱/۲۹	۱۱/۵۵	پیگیری	
	۸						
۱/۶۹	۱/۹۰	۱/۲۵	۱۸/۷۲	۱/۰۹	۱۸	پیش آزمون	اطاعت
	۹						
۱/۱۳	۱/۴۵	۰/۹۲۳	۱۲/۴۰	۱/۶۶	۱۳/۲۱	پس آزمون	
	۸						
۰/۹۴۹	۱/۷۷	۱/۰۹	۱۲/۶۷	۰/۹۵۵	۱۱/۸۷	پیگیری	
	۷						
۱/۲۲	۱/۱۹	۱/۴۲	۱۸/۴۹	۱/۸۱	۱۸/۰۳	پیش آزمون	از خودگذشتگی
	۸						

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

۱/۱۴	۱/۶۰	۱/۵۰	۱۳/۵۳	۰/۸۶۹	۱۲/۵۷	پس آزمون	
	۹						
۰/۹۷۸	۱/۶۸	۱/۴۸	۱۲/۹۷	۱/۳۳	۱۱/۲۹	پیشگیری	
	۸						
۰/۹۱۳	۱/۴۷	۱/۰۸	۱۷/۶۴	۱/۷۰	۱۸/۳۰	پیش آزمون	بازداری هیجانی
	۸						
۱/۳۷	۱/۷۹	۱/۳۹	۱۲/۰۹	۱/۳۷	۱۱/۱۵	پس آزمون	
	۷						
۱/۵۹	۱/۸۸	۰/۹۳۱	۱۱/۷۰	۱/۶۷	۱۱/۲۲	پیشگیری	
	۸						
۰/۹۱۰	۱/۲۹	۱/۲۹	۱۸/۶۶	۱/۰۷	۱۸/۶۰	پیش آزمون	معیارهای سرسختانه/عیب-
	۹						
۱/۶۰	۱/۸۴	۱/۱۸	۱۲/۸۴	۱	۱۳/۱۳	پس آزمون	جویی افراطی
	۸						
۱/۴۰	۱/۸۲	۱/۱۹	۱۱/۱۱	۱/۴۵	۱۰/۶۳	پیشگیری	
	۷						
۲/۵۵	۲/۵۳	۱/۲۴	۱۹/۴۴	۱/۴۵	۱۷/۵۳	پیش آزمون	استحقاق
	۰						
۱/۶۷	۱/۱۷	۱/۷۷	۱۲/۱۵	۰/۹۴۶	۱۲/۷۱	پس آزمون	
	۸						
۰/۹۰۴	۱/۸۴	۱/۳۱	۱/۷۸	۱/۳۰	۱۱/۳۴	پیشگیری	
	۷						
۱/۶۹	۱/۴۰	۱/۳۵	۱۸/۸۲	۱/۷۹	۱۸/۱۷	پیش آزمون	خوشتن - داری/خودانضباطی
	۹						
۱/۱۳	۱/۴۵	۰/۹۵۳	۱۲/۷۱	۱/۴۶	۱۳/۷۱	پس آزمون	ناکافی
	۸						
۰/۹۷۹	۱/۸۸	۱/۳۹	۱۲/۸۷	۰/۹۶۰۵	۱۱/۲۸	پیشگیری	
	۷			۰			

۶/۷۳	۲/۳۷	۳/۹۰	۲۷/۳۷	۴/۹۸	۲۷/۶۶	پیش آزمون	نمرات کلی طرحواره‌های
	۸۰		۵		۹		
۵/۸۰	۲/۴۴	۲/۱۶	۱۸/۸۳	۴/۰۵	۱۸/۷۲	پس آزمون	ناسازگار
	۷۸		۹		۸		
۴/۶۱	۲/۰۹	۴/۲۵	۱۶/۱۵	۵/۶۹	۱۷/۹۸	پیگیری	
	۷۵		۸		۱		

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمرات کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه طرحواره‌درمانی به ترتیب ۲۷۹/۶۶ و ۴/۹۸ در پیش‌آزمون، ۱۸۸/۷۲ و ۴/۰۵ در پس‌آزمون و ۱۷۱/۹۸ و ۵/۶۹ در پیگیری می‌باشد. در گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هم میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۲۷۵/۳۷ و ۳/۹۰ در پیش‌آزمون، ۱۸۹/۸۳ و ۲/۱۶ در پس‌آزمون و ۱۶۸/۱۵ و ۴/۲۵ در پیگیری به‌دست آمده است. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۲۸۰/۳۷ و ۶/۷۳ در پیش‌آزمون، ۲۷۸/۴۴ و ۵/۸۰ در پس‌آزمون و در پیگیری هم ۲۷۵/۰۹ و ۴/۶۱ به‌دست آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

Sig	DF2	DF1	F	BOX' M
۰/۲۴۸	۱/۶۳۵	۲	۱/۸۸۶	۷/۸۷۲
آزمون لون				
Sig	DF2	DF1	F	Levene' s
۰/۴۶۶	۵۷	۲	۰/۳۹۶	پس‌آزمون
۰/۳۸۷	۵۷	۲	۰/۷۲۸	پیگیری

بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است و همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس رعایت

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

شده است. همچنین بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی در نظر گرفته شده است.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع	ارزش	ارزش فرضیه	خطا	f	p	ES
			DF	DF			
دوره لامبدای ویلکس	دوره	۰/۲۷۴	2	۵۵	۶۶/۸۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	ویلکس						
طرحواره- های	دوره × پیش- آزمون	۰/۱۹۶	2	۵۵	۱/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
	ویلکس						
ناسازگار گروه	دوره × ویلکس	۰/۰۰۸	4	۱۱۰	۲/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳

همان‌طور که در داده‌های جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکس نشان داد که اثر گروه بر ترکیب طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادار است و حداقل در بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

جدول ۴. داده‌های آزمون کرویت موخلی و گرین هاوس گیرز در ارتباط با پیش‌فرض همگن بودن واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

کرویت موخلی	مجدور تقریبی	df	P	Epsilon
۰/۸۹۶	۳/۹۰۵	۲	۰/۱۵۳	گرین هاوس گیرز
طرحواره‌ها				هایان- فیلد
				۰/۸۹۹
				۰/۹۲۷

همچنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بر اساس آزمون موخلی که برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/153$). همچنین با استفاده از آزمون گرین هاوس گیرز و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی در نظر گرفته شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	Eta
مفرو	۸۶۱۷/۳۴۸	۴	۲۳۴۸/۴۹۱	۶۳/۲۰۱	$P<0/00$ 1	۰/۸۹۸
طرحواره	۸	۱	۲	۲	۱	۰
ها×گروه						
کرویت						
گرین	۸۶۱۷/۳۴۸	۶۵۸	۲۶۴۸/۴۶۹	۶۳/۲۰۱	$P<0/00$ 1	۰/۸۹۲
هاوس	۸	۳	۰	۲	۱	۰
گیرز						
هایان-	۸۶۱۷/۳۴۸	۸۹۴	۲۴۹۶/۱۹۰	۶۳/۲۰۱	$P<0/00$ 1	۰/۸۹۲
فیلد	۸	۳	۲	۲	۱	۰
حد	۸۶۱۷/۳۴۸	۷۴۱	۴۵۶۵/۶۳۹	۶۳/۲۰۱	$P<0/00$ 1	۰/۸۹۲
پایین	۸	۲	۸	۲	۱	۰

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش که تحت آموزش طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، و گروه کنترل وجود دارد ($F=۶۳۲/۲۰۱$ ؛ $P<0/001$). به عبارت دیگر همین معنی‌داری تعامل بین گروه و طرحواره‌های ناسازگار است که به‌طور غیرمستقیم نشانگر تغییراتی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع	SS	DF	MS	f	P	ES
طرحواره‌های ناسازگار	دوره	۲۸۵۴/۶۵۲	۱	۲۸۵۴/۶۵۲	۴۶/۶۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱
	دوره×پیش-آزمون	۲۶۷۰/۵۸۲	۱	۲۶۷۰/۵۸۲	۵۵/۸۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹
های ناسازگار	دوره×گروه	۲۴۶۰۰/۹۱۷	۲	۱۸۴۲/۳۴۹	۲۸۴/۳۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰
	خطا	۳۷۸۱/۳۷۳	۵۶	۴۹/۸۷۸			
پیش‌آزمون گروه	پیش‌آزمون	۲۴۷۷/۴۶۴	۱	۲۴۷۷/۴۶۴	۶۴/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴
	گروه	۱۸۴۵۲۱/۸۲۷	۲	۹۱۱۴۵/۶۰۰	۳/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	خطا	۲۶۱۰/۴۳۰	۵۶	۳۶/۵۸۰			

با توجه به یافته‌های موجود در جدول ۶ می‌توان گفت که اثر اصلی دوره، تعامل دوره با پیش‌آزمون، تعامل دوره با گروه، اثر اصلی پیش‌آزمون و اثر اصلی گروه معنادار است و بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی و مقایسه میانگین نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	طرحواره‌درمانی		کنترل	
		P	(I-J)	P	(I-J)
طرحواره‌ها	پیش-آزمون	-	-	۸۲/۴۶۶	P<0/001
	درمان	۵۸/۴۸۳	P<0/001	-	-
پس-آزمون	پس-آزمون	-	-	-۵۸/۴۸۳	P<0/001
	طرحواره‌درمانی	-	-	-	-

-	-	P<0/001	۲۶/۸۴۵	درمان پذیرش و تعهد
P<0/001	-۸۲/۴۶۶	-	-	پیگیری طرحواره- درمانی
-	-	P<0/001	-۲۶/۸۴۵	درمان پذیرش و تعهد

داده‌های موجود در جدول ۷ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه-های طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که نشانگر اثربخشی این دو روش درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین است. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های دیگر از جمله بال و سسرو (2001)، بروتچی و همکاران (۲۰۰۴) و اویسی و بخشانی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. اینگرام، هیز و اسکات (۲۰۰۰) در بررسی سنجش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره می‌کنند. آن‌ها بر این باورند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این متغیرها بررسی نمود. نتایج این پژوهش نیز بر اساس این شش متغیر بررسی می‌گردند:

اندازه تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ کاهش طرحواره-های ناسازگار اولیه از آماج‌های اصلی درمان بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

طرحواره‌درمانی در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است و نمرات همه آزمودنی‌ها در آنها کاهش چشمگیری داشته است. نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جلسه آخر درمان و در پایان دوره سه ماهه پیگیری، روندی کاهشی داشته است. از نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های اولیه ناسازگار، هرگز از بین نمی‌روند، بلکه می‌توان آنها را نافع‌ال کرد و از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آنها کاست کلیت تغییر: چند درصد افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟ همان‌طور که نتایج موجود نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش داشته است.

عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ نتایج نشان داد در فرایند درمان ارتباط بین فردی آزمودنی‌ها با افراد خانواده خود، بویژه والدین از جهت کمی و کیفی افزایش و بهبود داشت.

میزان پذیرش: آزمودنی‌ها تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟ بطور کلی میزان پذیرش درمان در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین که مبتلا به اختلال شخصیت هستند، کم است. این ویژگی می‌تواند ناشی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مثل محرومیت هیجانی و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری در این افراد باشد که می‌تواند منجر به رفتار مقابله‌ای اجتناب شود. آزمودنی‌های این پژوهش، به‌غیر از ۳ نفر در گروه طرحواره‌درمانی و ۴ نفر در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که ریزش داشتند، مشارکت فعال از خود در فرایند درمان نشان دادند.

ایمنی: آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران افزایش یافته است؟ در مطالعه حاضر سلامت روانی بیماران در ارتباط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد بررسی قرار گرفت اما سلامت جسمی شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار نگرفت.

ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟ همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است روند کاهشی نمرات آزمودنی‌ها در پایان دوره سه ماهه پیگیری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچنان ادامه و یا ثبات داشته است.

نتایج این تحقیق با آن چه یانگ و همکاران (۲۰۰۷) در خصوص مبانی دیدگاه طرحواره‌درمانی ابراز داشته‌اند همخوانی دارد، در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آن جا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه‌ی ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری روان‌بنه‌های فرد موثر بوده و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورد، لذا اعتیاد به عنوان یکی از آسیب‌هایی که قادر است تاثیر مهمی بر رابطه‌ی فرد با خود و دیگران داشته باشد، می‌تواند بر پایه‌ی این بنیادهای ناکارآمد شکل گرفته و سازمان یابد.

یانگ (۲۰۰۳) بیان کرده است که طرحواره‌های ناسازگار در بزرگسالی در برابر تغییر مقاوم هستند. بهبود راهبردهای مقابله‌ای افراد در طی درمان‌های روان‌شناختی کوتاه‌مدت آسان‌تر از تغییر طرحواره‌های ناسازگار است و باعث بهبود کیفیت زندگی روانی و کاهش ناراحتی‌های هیجانی آنها در زمان کوتاه‌تری می‌شود. به باور یانگ (۱۳۸۶) طرحواره‌ها هسته خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند. طرحواره‌ها به‌عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به‌کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب طرحواره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند؛ ادراکی که به‌دلیل ماهیت خودتداوم‌بخش طرحواره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (سیموس، 1384؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). چنین ساختارهایی از طریق فرآیندهای تداوم‌دهنده خود، از فرد در برابر هیجان‌های شدید و درمانده‌کننده‌ای محافظت می‌کنند که عمدتاً به‌دنبال برانگیختگی و فعال‌شدن یک طرحواره پدید می‌آیند. به این ترتیب افراد خود را در برابر تغییر ایمن نموده، محتوای منفی خود را حفظ می‌کنند و طیف گسترده‌ای از مشکلات و ناکارآمدی‌های فردی از جمله وابستگی به مواد در آنها به‌وجود می‌آید. در حقیقت طرحواره‌ها تعبیر و تفسیرهای فرد از هر رویدادی را تحت تاثیر قرار می‌دهند و

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

فرد بر اساس پیش‌زمینه‌های ذهنی از رویدادها برداشت خاص خود را دارد. به‌طور مثال افرادی که دارای طرحواره‌ی رهاشدگی/بی‌ثباتی هستند، اعتقاد دارند افراد مهم در کنارش نمی‌مانند و نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. روابط آن‌ها با افراد مهم زندگی، بی‌ثبات است. می‌توان گفت این افراد مدام دچار نگرانی هستند که از سوی خانواده و دوستان طرد شوند، یعنی اگر چنین فردی رویدادی مثل یک تذکر معمولی از سوی پدرش دریافت کند این‌گونه برداشت خواهد کرد که پدرش قصد دارد وی را رها کرده و یا از خانه بیرون کند، بنابراین تنش و فشار زیادی را تحمل خواهد کرد و زمینه سوء‌مصرف مواد و پناه بردن به آن در وی فراهم می‌شود. همچنین افراد دارای طرحواره‌ی بی‌اعتمادی/بدرفتاری، بر این باورند که دیگران با کوچک‌ترین فرصت از آن‌ها سوء-استفاده کرده و هر کار دیگران با هدف سوء‌استفاده است. آنان فکر می‌کنند دیگران قصد دارند به آن‌ها آسیب برسانند، تحقیرشان کنند، یا به آنان دروغ بگویند. بنابراین این افراد دوستان اجتماعی زیادی نخواهند داشت و در انزوا خواهند بود و همین عامل می‌تواند زمینه‌گرایش به مواد و اعتیاد را مهیا کند (قدیمی و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آفتامین مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های برخی از پژوهش‌های دیگر از جمله اسموت و همکاران (۲۰۱۰)، کیانی و همکاران (۱۳۹۱) و دباغی و همکاران (۱۳۸۶) همسو است. روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تاکید می‌شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به‌گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش را در افراد افزایش داده

و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (رویمر و اورلیش، ۲۰۱۱) بنابراین پژوهش‌گران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانی در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکل سوء‌مصرف مواد را افزایش دهد (دباغی و همکاران، ۱۳۸۶).

به‌طورکلی این بررسی نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه را می‌توان به‌عنوان یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز در گرایش به مواد و اعتیاد به‌شمار آورد که آن‌ها را می‌توان از طریق طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تعدیل کرد. بنابراین بهتر است در مراکز درمانی از این روش‌ها به منظور پیشگیری و درمان بیماران وابسته به مت‌آفتمین استفاده شود.

محدود بودن تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش و عدم شرکت بیماران زن در آموزش‌های گروهی و عدم مقایسه شرکت‌کنندگان در پژوهش با بیماران ترک کرده از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی و مقایسه طرحواره‌درمانی با سایر رویکردهای درمانی از جمله ذهن آگاهی پرداخته شود و متغیرهای پژوهش بر اساس سن، جنسیت، میزان و مدت مصرف و ترک مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۸) اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....

- آهی، ق. (1385) هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان‌نامه کارشناسی- ارشد روانشناسی، تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- اویسی، عباسعلی؛ بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۱) مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیروابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۴(۲)، ۱۷۱-۱۶۳
- برازنده، هدی لقا. (۱۳۸۴). بررسی معیارهای ارتباطی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی؛ عاطف وحید، کاظم و بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه‌ی تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۶۶-۳۷۵.
- سیموس، گریگوریس. (۱۳۸۴). درمان رفتاری- شناختی. ترجمه: سیداحمد جلالی، آریو روحانی و مریم پور امینی. تهران: انتشارات پادرا.
- فتی، لادن، موتابی، فرشته. (۱۳۸۵). کارگاه آموزشی طرحواره‌درمانی. دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران.
- قدیمی، آزاده؛ کرمی، جهانگیر؛ یزدان بخش، کامران. (۱۳۹۳) رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناخت با استعداد اعتیاد. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۷(۲)، ۶۷-۷۳
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین؛ پورعباس، علی. (۱۳۹۱) مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد. ۶(۲۴)، ۲۷-۳۶
- یانگ، جفری. کلووسکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶) طرحواره‌درمانی. ترجمه حمیدپور، حسن واندوز، زهرا. تهران، ارجمند.

Bond FW. & Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology* 2003;88:1057-1067.

Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ,2002;70(5):1129-1139.

- Ball SA. Big Five, alternative five, and seven personality dimensions: Validity in substance-dependent patients. 2002; 9(1): 84-102.
- Ball, S. A., Richardsonb, P. C., Connollyb, A. J., Bujosab, C. T., O'Neill, T. W.(2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-incenter clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*. 46, 371–379
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with ersonalitydisorders: Traits, schemas and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 5, 72–83.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43,337–342
- Comer SD, Hart CL, Ward AS, Haney M, Foltin RW, Fischman MW. Effects of repeatedoral methamphetamine administration inhumans.*Psychopharmacology (Berl)* 2001; 155(4): 397-404.
- Cecero, J. J., Nelson J. D., Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire-research version. *Clinical psychology and psychotherapy*. 11,344-357.
- D'andrea, J.T. (2004). An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping styles. Ph.D. Dissertation. New York: New York University, 15-32
- Dahl J, Wilson K.G. & Nilsson, A. Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behav Ther* 2004;35:785-801.
- Farrell, J.M.; Shaw, I.A. & Webber M.A. (2009). (A Schemafocused approach group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A controlled trial). *J Behav Psychotherapy and Exper Psychiatry*. 40(2): 317- 328.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy* 2004; 35: 689-705.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford;1999.p.165-171.
- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational fram theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004;35(4):639-665.

- Ingram, R. E., Hayes, & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In. Syder, C.R & Ingram, R.E(Eds). Handbook of psychological change. (pp.40-60) New York: John Wiley & sons.
- Jacquin, K. M. (1997). The effects of maladaptive schemata on information processing. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin.
- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst* (2006);29:161–185.
- McKetin, R., Kelly, E., and McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 198-204.
- Nordahl, T. E., Salo, R., and Leamon, M. (2003). Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review. *Journal of Neuropsychiatric Clinical Neuroscience*, 15, 317-325.
- O'Malley P. Ecstasy for intimacy: potentially fatal choices for adolescents and young adults: update for the clinical nurse specialist. *Clin Nurse Spec* 2005; 19(2): 63-4.
- Roper, L., Joanne, M. Dickson, Peter, G. Booth, James, M. (2009). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program cognitive therapy research.
- Roemer L, Orsillo SM, (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6): 1083-9
- Semple, S., Patterson, T., and Grant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1), 31-47.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W and White, J. M. (2010) Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 312, 98-107.
- Schmit, J. Collins, N. L. (1995). Schema revisited. *Clinical psychology and psychotherapy*, 77,369-377.
- Stiles, O.E. (2004). Early maladaptive schemas and intimacy in young adults. Ph.D. Dissertation. San Francisco: Alliant International University 5-67.

- Switzer, I. (2006). Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors. Unpublished thesis masters. Mississippi State University.
- Topp, L., Degenhardt, L., Kaye, S., and Darke, S. (2002). The emergence of potent forms of methamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as a strategic early warning system. *Drug and Alcohol Review*, 21, 341-348.
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, Y. (2001). Psychometric Properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimia and comparison women. *Cognitive therapy and research*. 25, 137-147.
- Young JE. Schema therapy. New York: Guilford; 2003: 123-218.
- Young, J.E.; Gluhoski, V. (2002). A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships. In: Sternberg RJ, Hojjat M. (editors.). *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford: 356-81.
- Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire– Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young JE, Gluhoski V. A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships. In: Sternberg RJ, Hojjat M. (editors.). *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford; 1997:356-81.
- Young JE. The relationship between appearance schemas, self-esteem, and non direct aggression among college women. Ph.D. Dissertation. Oklahoma State University, 2007: 15-35.
- Zakariyae M. Strategic report;[Analysis of the consumption of psychotropic substances, and chemical industries in the country(Persian)]. The Anti-Drug Secretariat Expediency.(2009); 73.

مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر....