

## تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون

### فخری تاجیک زاده<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

### ایرج زارع

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

### دکتر قاسم نظیری

استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات فارس

### دکتر رامین افشاری

روانپزشک، مدیر درمان و رئیس شورای عالی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) بود. این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در پژوهش کلیه مردان وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز دولتی ترک اعتیاد شیراز بود. از ده مرکز دولتی در شهر شیراز، یک مرکز به طور تصادفی انتخاب شد و نمونه ۳۰ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل، گمارده شدند. اما پنج نفر از آزمایش انصراف دادند و در نهایت ۱۰ نفر در هر گروه باقی ماندند. مداخله به شیوه‌ی گروهی، طی ۱۵ جلسه برگروه آزمایش اجرا شد. ابزار، پرسشنامه کوتاه طرحواره‌های ناسازگار یانگ (۱۹۸۸) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ طرحواره

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول

تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون

های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). بنابراین، طرحواره‌درمانی گروهی، درمان مناسبی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد است.  
**واژه‌های کلیدی:** طرحواره‌درمانی گروهی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان نگهدارنده با متادون

## **The effectiveness of Group Schema Therapy on the early maladaptive schemas among men undergoing methadone maintenance treatment (MMT)**

Tajikzade, F., Zare, I., Naziri, Gh., Afshari, R

### **Abstract**

The present study aimed to investigate the effectiveness of group schema therapy approach on improvement of early maladaptive schemas among patients undergoing methadone maintenance treatment (MMT). This study is an experimental pretest–posttest with control group. The present study was performed on MMT patients of Shiraz public centers. One center out of 10 Shiraz public centers was selected randomly, and then using random sampling, 30 patients were selected and divided into two groups. The participants in the experimental group took part in a 15-session group schema. The data were collected using Young schema Questionnaire- short form (1988) and analyzed using Covariance analysis. The results showed significant differences in early maladaptive schema scores between participants in the experimental and control group. Group Schema therapy can be considered as an appropriate therapy method for improving, adjusting and decreasing early maladaptive.

**Keywords:** Group Schema Therapy, early maladaptive schemas, methadone maintenance treatment

### **مقدمه**

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را تهدید کرده باشد. با وجود خطرات و

عوارض ناشی از اعتیاد، هرروز به شمار قربانیان این دام مرگ‌بار افزوده می‌شود (سالمینک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

هم‌اکنون، بیش‌تر متخصصان و صاحب‌نظران درمان وابستگی به مواد بر این باورند که وابستگی به مواد یک اختلال روانی، ژنتیکی، جسمی و اجتماعی است که بر این اساس، تنوعی از درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و مداخلات اجتماعی برای کنترل آن طراحی شده است. آن‌چه که اهمیت دارد، موضوع است که فرد وابسته به مواد بر اساس شرایط و مشخصات خود به برنامه درمانی مناسب هدایت شود (نادری و همکاران، ۱۳۸۷). در مطالعات انجام‌شده در زمینه سبب‌شناسی وابستگی به مواد مخدر، به عوامل روانی، اجتماعی، ژنتیکی، زیست‌شناختی و فرضیه‌های روان‌پویایی اشاره شده است. در بین افرادی که برای درمان وابستگی به مصرف مواد مراجعه می‌کنند، دیگر اختلالات روان‌پزشکی شیوع بالایی دارد؛ به طوری که در برخی از مطالعات میزان آن را ۵۰ درصد اعلام کرده‌اند. حدود ۱/۳ تا نیمی از کسانی که سوء مصرف مواد شبه‌افیونی دارند و حدود ۴۰ درصد از کسانی که سوء مصرف الکل دارند، زمانی در طول عمر خود واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده‌اند. هم‌چنین، احتمال خودکشی موفق بین مبتلایان به سوء مصرف مواد تقریباً ۲۰ برابر بیشتر از کل جمعیت است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

در سال‌های گذشته، اقدامات فراوانی برای درمان بیماری اعتیاد صورت گرفته؛ ولی متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های فراوان، آمار لغزش و رهاکردن درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان، زیاد است. وجود ترک‌های ناموفق و عود مکرر در افراد وابسته به مواد، بیانگر درمان ناقص و تک بعدی در این افراد است. اکتفا به ترک وابستگی جسمانی و توجه نکردن به عوامل فردی، روانی، شخصیتی و محیطی می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند؛ به این صورت که عوامل شخصیتی و ضعف‌های فردی به طور لاینحل باقی مانده است و

<sup>1</sup>. Salemink

مشکلات زمان وابستگی به مواد مانند فرار از مردم، طرد از اجتماع و نارسایی‌های فردی نیز به آن اضافه می‌شود و باعث انزوای فرد تحت درمان می‌شود و چه بسا این احساس باعث می‌شود که شخص دوباره به مصرف مواد روی آورد (لیتری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

درمان‌های دارویی اعتیاد مانند درمان‌های غیردارویی از تنوع و تعداد بسیاری برخوردار است و یکی از رایج‌ترین آن‌ها درمان با متادون است (عسکری جنت آبادی، ۱۳۹۱). در پژوهشی، عسکری جنت آبادی (۱۳۹۱) نشان داد که طرحواره‌درمانی همراه با درمان با متادون در معنادان اثربخش‌تر از درمان با متادون به تنهایی است.

طرحواره‌درمانی<sup>۲</sup> یکی از درمان‌های نوین است که به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهم‌خوان ببینند و در نتیجه، برای رهاشدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی، در مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه‌های همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می‌کنند (یانگ، کولسکو و ویشار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). طرحواره‌درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و در ناسازگاری بین زوجین استفاده شده است و باعث بهبود بیماران و مشکلاتشان شده است (سپرتگویی، کارمان، آرنتر، ماری و بکر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ کلوگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ هاک و پروونچر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱؛ کارتر، مک‌لنتوش، جوردن، پورتر، فرامپتون و جویس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ بیهای، وندی و دیکمن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳؛

1. Liettieri

2. Schema Therapy

3. Young, Kolosko & vishar

4. Sempertegui, Karreman, Arntz, Marrie, & Bekker

5. Kellogg

6. Hawke & Provencher

7. Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Frampton, & Joyce

8. Behary, Dieckman, John

هاپود و توماس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ دیکهات و آرنتز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ پناهی فر، تقی‌زاده، مهدوی، صالحی و اسفندیاری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). رویکرد طرحواره‌محور، وابستگی به مواد فعال را به عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند و فعال‌شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عوامل مهم در افزایش عود مجدد وابستگی به مواد در میان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی می‌داند. این رویکرد، فرض می‌کند که استفاده از مواد مخدر می‌تواند رفتاری ناشی از ابراز مستقیم فعالیت طرحواره‌های استحقاق و خویش‌نمندی ناکافی یا فعالیت طرحواره‌های ایثار، پذیرش‌جویی و اطاعت باشد (بال و یانگ، ۲۰۰۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۴</sup>، طرحواره‌هایی تا میزان زیادی ناکارآمد هستند. به عبارتی دیگر، الگوهای هیجانی و شناختی که در اوایل زندگی فرد شکل می‌گیرند و در سراسر طول زندگی تکرار می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

یانگ (۲۰۰۳) پانزده طرحواره ناسازگار اولیه را بیان می‌کند که عبارتند از: رهاشدگی<sup>۵</sup>؛ فرد معتقد است هر لحظه امکان دارد افراد مهم زندگی‌اش بمرند یا او را رها کنند و به فرد دیگری علاقمند شوند؛ بی‌اعتمادی - بدرفتاری<sup>۶</sup>؛ فرد فکر می‌کند دیگران به انسان ضربه می‌زنند، بدرفتارند و انسان را سرافکننده می‌کنند؛ محرومیت هیجانی<sup>۷</sup>؛ فرد فکر می‌کند تمایلات و نیازهای وی به حمایت عاطفی به اندازه کافی از جانب دیگران ارضا نمی‌شوند؛ نقص - شرم<sup>۸</sup>؛ احساس این که فرد در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیتش، انسانی ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی‌ارزش است؛ انزوای اجتماعی<sup>۹</sup>؛ احساس این که فرد از جهان کناره‌گیری کرده، با دیگران متفاوت است یا این که به جامعه و گروه

<sup>1</sup>. Hopwood & Thomas

<sup>2</sup>. Dickhaut & Arntz

<sup>3</sup>. Panahifar, Taghizade, Mahdavi, Salehi, & Esfandyari

<sup>4</sup>. early maladaptive schema

<sup>5</sup>. Abandonment

<sup>6</sup>. Mistrust/Abuse

<sup>7</sup>. Emotional Deprivation

<sup>8</sup>. Defectiveness/Unlovability

<sup>9</sup>. Social Isolation/Alienation

خاصی تعلق خاطر ندارد؛ وابستگی - بی‌کفایتی<sup>۱</sup>: اعتقاد به این که فرد نمی‌تواند مسئولیت‌های روزمره را (مثل مراقبت از دیگران، حل مشکلات روزانه) بدون کمک قابل ملاحظه دیگران، در حد پذیرفتنی انجام دهد؛ آسیب‌پذیری در برابر ضرر<sup>۲</sup>: ترس افراطی از این که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و فرد نمی‌تواند از آن جلوگیری کند؛ گرفتاری<sup>۳</sup>: فرد گرفتار ارتباط عاطفی شدید و نزدیکی بیش از حد با یکی از افراد مهم زندگی (اغلب والدین)، به قیمت از دست دادن فردیت یا رشد اجتماعی طبیعی است؛ شکست<sup>۴</sup>: باور به این که فرد شکست خورده است یا در آینده شکست خواهد خورد و این که شکست برای او اجتناب‌ناپذیر است؛ استحقاق<sup>۵</sup>: فردی که چنین طرحواره‌ای دارد، در اندیشه این است که بتواند کسب قدرت کرده، یا دیگران را کنترل کند؛ خویشتن‌داری<sup>۶</sup>: صاحبان چنین طرحواره‌هایی، مشکلات مستمر در خویشتن‌داری و تحمل‌نکردن ناکامی‌ها در راه دستیابی شخصی یا ناتوانی در جلوگیری از بیان هیجان‌ها و تکانه‌ها دارند؛ اطاعت<sup>۷</sup>: احساس اجبار نسبت به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران است که این کار معمولاً برای اجتناب از خشم، محرومیت، یا انتقام صورت می‌گیرد؛ ایثار<sup>۸</sup>: تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران در زندگی روزمره که به قیمت ارضانشدن نیازهای خود فرد تمام می‌شود؛ بازداری هیجانی<sup>۹</sup>: بازداری افراطی اعمال، احساسات و ارتباطات خودانگیخته که معمولاً به منظور اجتناب از طرد دیگران، احساس شرمندگی و ازدست‌دادن کنترل بر تکانه‌های شخصی صورت می‌گیرد؛ معیارهای سرسختانه<sup>۱۰</sup>: باور اساسی مبنی بر این که فرد برای رسیدن به

---

1. Impaired Autonomy and Performance

2. Vulnerability to Harm

3. Enmeshment

4. Failure to Achieve

5. Entitlement

6. Insufficient

7. Subjugation

8. Self-Sacrifice

9. Emotional Inhibition

10. Unrelenting Standards

معیارهای بلندپروازانه درباره رفتار و عملکرد خود، باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این رفتار برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد.

براساس نظر یانگ (۲۰۰۳) رفتارهای ناسازگارانه در پاسخ به طرحواره ایجاد شده و سپس بعدها به وسیله طرحواره برانگیخته می‌شوند. یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه عمیق‌ترین سطح شناخت هستند، الگوی ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به وجود آمده است و تا زندگی بزرگسالی ادامه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمد هستند. آن‌ها نقش اولیه و پایه‌ای در تجارب بیماران داشته، بر فرایند تجارب بعدی تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بر نحوه فکر، احساس و عملکرد بیماران یا این که با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند، نقشی اساسی دارند (احمدیان، ۱۳۸۵).

شوری، اندرسون و استوارت<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، شوری، استوارت، اندرسون و استرانگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، یانگ (۲۰۰۳)، بال و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش‌های خود دریافتند که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مبتلا به اختلال در حوزه سوء مصرف الکل و یا دیگر مواد وجود دارد و این افراد، از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند. هم‌چنین، به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مؤثر از جمله طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند. یانگ و ماتیللا<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) با استفاده از طرحواره‌درمانی به این نتیجه رسیدند که می‌توان با این شیوه درمانی به بهبود طرحواره‌های ناسازگار در افسردگی کمک کرد. کاملی، قنبری‌هاشم آبادی و آقا محمدیان شعریاف (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، به طور معنادار باعث کاهش نمره کلی در پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ شده است. دباغی، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید بولهری (۱۳۸۶) به

<sup>1</sup>. Shorey, Anderson, & Stuart

<sup>2</sup>. Strong

<sup>3</sup>. Mattila

تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون

این نتیجه رسیدند که به کارگیری شناخت‌درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی به شکل چشم‌گیری اثربخشی درمان دارویی و رفتاردرمانی شناختی را در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد طرحواره‌محور که درمانی نوین و نویدبخش در زمینه اختلالات مزمنی همچون وابستگی به مواد است، سعی دارد به شناسایی طرحواره‌های ناسازگاری که در دوران کودکی به وجود آمده و به زندگی بزرگ‌سالی راه یافته است و اغلب نیز ناکارآمد است، بپردازد تا بتواند در زمینه درمان این بیماری‌ها گام‌های مؤثری را بردارد. از آن‌جا که طرحواره‌درمانی به ویژه در زمینه وابستگی به مواد، روشی نوین است، درمانگران را قادر به شناخت و درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه کرده و به درمان وابستگی روانی این بیماری کمک خواهد کرد و در نتیجه اهمیت و ضرورت این پژوهش مشخص می‌شود. به دیگر سخن، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره‌درمانی گروهی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته به مواد تأثیر دارد.

## روش

این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

**جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه مردان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد دولتی در شهر شیراز بود. مشارکت‌کنندگان پژوهش، ۳۰ نفر از افراد تحت درمان نگره‌دارنده با متادون در مراکز دولتی شهرستان شیراز بودند که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل، گمارده شدند. اما پس از افت آزمودنی و انصراف پنج نفر از آزمودنی‌ها، در نهایت ۱۰ نفر در هر گروه باقی ماندند.

ملاک‌های ورود نمونه‌گیری در پژوهش حاضر عبارت بودند از: حداقل شش هفته از شروع درمان MMT آن‌ها گذشته باشد (به مرحله ثبات وارد شده باشند)؛ داشتن



سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی؛ داشتن حداقل ۱۸ سال؛ عدم مصرف بالای داروهای ضدسایکوز و تضعیف‌کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین‌ها).

پژوهشگر با کمک روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز، مراجعه‌کنندگان را از لحاظ دارا بودن شرایط بررسی کرده، مراجعان دارای شرایط مورد نظر پژوهش مشخص شدند. سپس به روش تصادفی ۳۰ نفر از آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند؛ اما پس از افت آزمودنی و انصراف پنج‌نفر از آزمودنی‌ها، در نهایت ۱۰ نفر در هر گروه باقی ماندند.

شرکت‌کنندگان پژوهش، ابزارهای پژوهش را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه گروه‌درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای شرکت کردند.

در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن افراد در گروه آزمایش ۳۴/۵ و ۳/۰۴ و در گروه کنترل ۳۲/۲۸ و ۲/۲۸ بود. میانگین و انحراف معیار سابقه اعتیاد در این افراد در گروه آزمایش ۳/۴۵ و ۲/۰۴ و در گروه کنترل ۵/۰۴ و ۱/۳۶ بود. میانگین و انحراف معیار سابقه درمان متادون در گروه آزمایش ۲/۲۳ و ۱/۰۵ و در گروه کنترل ۳/۰۴ و ۱/۳۵ بوده است.

### ابزار:

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، فرم کوتاه طرحواره‌های ناسازگار یانگ<sup>۱</sup> (YSQ-SF) بود. این پرسش‌نامه توسط یانگ (۱۹۸۸) به نقل از ورسویچک، پروئرسن، نادورت و ریجکبوور<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) ساخته شد. پرسشنامه خودگزارشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دارای ۷۵ ماده است که ۱۵ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهش‌دگی - بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی - بدرفتاری، انزوای اجتماعی - بیگانگی، نقص-شرم، شکست، وابستگی-بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری،

<sup>1</sup>. Young schema Questionnaire- short form

<sup>2</sup>. Vreeswijk, Broersen, J., Nadort, M., & Rijkeboer

گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق بودن و خویش‌داری را اندازه می‌گیرد. هر آیت‌م توسط مقیاس درجه‌بندی شش‌تایی نمره‌گذاری می‌شود؛ عدد یک یعنی «کاملاً در مورد من نادرست است»؛ عدد دو، به معنای «تقریباً در مورد من نادرست است» استفاده می‌شود؛ عدد سه معادل «مقداری درست است تا این که غلط باشد» قرار می‌گیرد. عدد چهار یعنی «اندکی در مورد من درست است»؛ عدد پنج یعنی تقریباً درباره‌ی من درست است و عدد شش در جایگاه «کاملاً در مورد من درست است» استفاده می‌شود؛ بنابراین نمره‌های این پرسش‌نامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر، هر مقیاس دارای پنج ماده است که نوع طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین یک تا شش است که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها است. یانگ، نورمن و توماس<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)؛ به نقل از ورسویجک و همکاران، ۲۰۱۲)، اعتبار پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بر یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. روایی همگرایی پرسش‌نامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی<sup>۲</sup>، اعتماد به نفس<sup>۳</sup>، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی<sup>۴</sup> و اختلال شخصیت<sup>۵</sup> توسط یانگ و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از ورسویجک و همکاران، ۲۰۱۲)، بررسی شد و نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، با صفات مثبت از قبیل اعتماد به نفس، عاطفه مثبت ارتباط منفی و با صفاتی از قبیل اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و اختلال عملکرد نگرش ارتباط مثبت دارند. هنجاریایی پرسش‌نامه طرحواره‌ی یانگ (YSQ-SF) در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است

<sup>۱</sup>. Norman & Thomas

<sup>۲</sup>. Psychological Distress

<sup>۳</sup>. Self-Esteem

<sup>۴</sup>. Cognitive Vulnerability for Depression

<sup>۵</sup>. Personality Disorder Symptoms

که شامل ۲۵۲ زن و ۱۳۵ مرد بوده است و به شیوه تصادفی چندمرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبایی، شهید بهشتی، تربیت مدرس و دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران انتخاب شده بودند. همسانی درونی این پرسش‌نامه، با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مردان ۰/۹۸ به دست آمده است.

## طرح درمان

طرح درمانی این جلسه‌ها بر اساس پروتکل درمانی ارائه‌شده توسط یانگ و همکاران (۱۹۸۸)، هم‌چنین قواعد گروه‌درمانی، نظر استادان مشاور و راهنما و بررسی شرایط موجود در مراکز MMT توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم گردیده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	رتوس طرح درمان اعمال‌شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	* مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه و انجام توافقات لازم آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره‌درمانی، درمان گروهی و نحوه تکمیل کردن پرسش‌نامه طرحواره یانگ، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد
جلسه دوم	* تکمیل کردن پرسش‌نامه و انجام آزمون‌های اولیه آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره‌درمانی، اختلال سوء مصرف مواد، فرایندهای شناختی و اختلال شخص، پی‌گیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا (در برقراری ارتباط و تفهیم مفاهیم مورد نظر سعی شد از دستورالعمل‌های مراکز ترک وابستگی به مواد و گروه‌های خودیار در افراد وابسته به مواد، مانند دستورالعمل قدم‌های دوازده گانه <sup>۱</sup> NA نیز استفاده شود).
جلسه سوم	* (ادامه بحث سنجش و آموزش در روند درمان) ارتباط طرحواره با کودک درون بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره
جلسه چهارم	* سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی: شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند. کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه

<sup>1</sup>. Narcotics Anonymous step working guides

جلسه پنجم	* آشناکردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای
جلسه ششم	* آزمون اعتبار طرحواره‌ها الف. جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه ب. جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره
جلسه هفتم	* ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها
جلسه هشتم	* به کار بردن تکنیک گفت‌وگوی خیالی گفت‌وگوی طرحواره (گفت‌وگوی خیالی) توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره
جلسه نهم	* برقراری گفت‌وگو بین «جنبه طرحواره» و «جنبه سالم» بررسی فرم ثبت طرحواره: این کار به جهت اهداف مورد نظر در این جلسه بهتر است در ابتدای جلسه درمان صورت بگیرد.
جلسه دهم	* نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت‌وگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی
جلسه یازدهم	* تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر
جلسه دوازدهم	* راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود
جلسه سیزدهم	* بررسی طرحواره‌ایثار و اطاعت در اعضای گروه
جلسه چهاردهم	* بررسی طرحواره محرومیت هیجانی و بازداری هیجان آموزش شیوه درست ابراز خشم (این کار هسته اصلی درمان است)
جلسه پانزدهم	* مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل در زمینه کنترل خشم بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشنداری و نبود خودانضباطی انجام اقدامات و آمادگی لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

پس از پایان جلسه پانزدهم، ضمن تقدیر و تشکر از شرکت و همکاری اعضا پس‌آزمون اجرا شد. زمان دو جلسه پیگیری در جلسه آخر درمان تعیین شد؛ زمان آن یک ماه و نیم و

سه ماه بعد در نظر گرفته شد و به اعضای گروه درمان گفته شد که در صورت نیاز به جلسات پیگیری بیشتر، با روان‌شناس مرکز هماهنگی به عمل آورند تا جلسات بیشتری برای آن‌ها در نظر گرفته شود. در جلسات پیگیری هم به دلیل پاره‌ای از مسایل از جمله تغییر محل جلسات و تمایل نداشتن افراد به پیگیری افت آزمودنی وجود داشت؛ اما در این جلسات، تأثیرگذار بودن درمان هم‌چنان مشهود بود.

### شیوه اجرا

بعد از تعیین نمونه پژوهش و مرکز درمانی مورد نظر، با بررسی مشخصات کلی مشارکت‌کنندگان و انجام مصاحبه اولیه، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مشخص شدند و سپس بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی از جامعه در دسترس، دو گروه ۱۵ نفره جدا شد. مشارکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها، تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه گروه‌درمانی بر اساس رویکرد طرحواره‌محور به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. انجام تحقیق، سه ماه و نیم به طول انجامید؛ هم‌چنین، شرکت افراد در آزمون اختیاری بود و طی جلسات درمان، پنج نفر از اعضای گروه درمان به دلایل مختلف، از جمله تغییر محل درمان، گروه را ترک کردند؛ بنابراین در گروه درمان ۱۰ نفر آزمودنی بررسی و آزمایش شدند. در جلسات گروه بعد از ایجاد انگیزه درمان و حس اعتماد بین اعضای گروه، با آموزش طرحواره‌ها به اعضا و با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی، به اعضا کمک شد تا ضمن شناخت طرحواره‌های ناکارآمد غالب در خود، به اصلاح و تغییر این طرحواره‌ها پردازند.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول دو نشان داده شده است. جدول دو میانگین و انحراف معیار نمره‌های افراد در گروه آزمایش و کنترل را در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیر	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۹۷	۱/۰۷
		آزمایش	۳/۵۲	۱/۲۱
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۲۴	۰/۷۷
		آزمایش	۳/۲۰	۱/۲۴
رها شدگی	پیش‌آزمون	کنترل	۴/۰۹	۱/۰
		آزمایش	۴	۰/۷۶
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۱۸	۰/۹۵
		آزمایش	۳/۴۰	۰/۸۲
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	پیش‌آزمون	کنترل	۴/۲۵	۰/۹۹
		آزمایش	۴	۱/۲۲
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۴۴	۰/۹۰
		آزمایش	۲/۴۰	۱/۰۳
انزوای اجتماعی	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۶۹۵	۱/۳۶
		آزمایش	۳/۲۴	۱/۰۱
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۵۵	۱/۲۶
		آزمایش	۲/۳۴	۰/۷۱
نقص / شرم	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۱۴	۱/۲۷
		آزمایش	۳/۰۴	۱/۳۱
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۱۳	۱/۲۲
		آزمایش	۲/۰۲	۱/۰۳
شکست	پیش‌آزمون	کنترل	۲/۸۰	۱/۱۱
		آزمایش	۲/۸۸	۱/۴۳
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۰۶	۱/۴۲
		آزمایش	۲/۱۸	۰/۹۴
وابستگی / بی‌کفایتی	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۲۶	۱/۳۰
		آزمایش	۲/۷۰	۱/۲۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۲۷	۱/۲۵
		آزمایش	۲/۰۶	۰/۷۴

ادامهٔ جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه آزمایش و کنترل  
به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آسیب‌پذیری در برابر ضرر	پیش آزمون	کنترل	۳/۹۴	۰/۹۲
		آزمایش	۳/۱۶	۱/۴۱
	پس آزمون	کنترل	۴/۲۹	۰/۹۳
		آزمایش	۱/۷۶	۰/۸۹
گرفتار	پیش آزمون	کنترل	۳/۸۵	۱/۱۳
		آزمایش	۴/۲۴	۰/۸۶
	پس آزمون	کنترل	۳/۹۷	۱/۱۶
		آزمایش	۲/۹۸	۰/۸۰
استحقاق	پیش آزمون	کنترل	۳/۹۲	۰/۸۱
		آزمایش	۴/۳۰	۰/۹۹
	پس آزمون	کنترل	۳/۳۷	۰/۹۵
		آزمایش	۲/۹۶	۰/۷۹
خویش‌داری	پیش آزمون	کنترل	۳/۸۹	۱/۲۳
		آزمایش	۳/۴۴	۱/۰۲
	پس آزمون	کنترل	۴/۳۲	۰/۹۹
		آزمایش	۲/۵۶	۰/۹۹
اطاعت	پیش آزمون	کنترل	۳/۳۶	۱/۴۸
		آزمایش	۲/۷۲	۰/۹۷
	پس آزمون	کنترل	۳/۷۷	۱/۴۳
		آزمایش	۲/۱۰	۰/۹۶
ایثار	پیش آزمون	کنترل	۴/۱۴	۱/۱۳
		آزمایش	۴/۳۰	۱/۱۰
	پس آزمون	کنترل	۴/۶۹	۰/۸۴
		آزمایش	۳/۰۴	۰/۹۷
بازداری هیجانی	پیش آزمون	کنترل	۳/۸۲	۱/۰۰۸
		آزمایش	۳/۸۴	۱/۱۴
	پس آزمون	کنترل	۴/۱۸	۰/۹۷
		آزمایش	۲/۴۲	۱/۰۷
معیارهای سرسختانه	پیش آزمون	کنترل	۴/۲۸	۱/۰۴
		آزمایش	۵/۴۰	۰/۶۷

تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان ننگ‌دارنده با متادون

۰/۹۶	۴/۳۷	کنترل	پس‌آزمون	
۰/۶۸	۳/۰۸	آزمایش		

در جدول ۳، میزان فراوانی طرحواره‌های غالب افراد گروه آزمایش در قبل از فرایند درمان و بعد از درمان بررسی شده است تا اثربخشی درمان بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه مشخص شود.

**جدول ۳. مقایسه تعداد افراد گروه آزمایش با طرحواره‌های غالب در قبل از درمان و بعد از درمان**

بعد از درمان		قبل از درمان		شاخص طرحواره‌های ناسازگار
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۰	۴	۳۰	۳	محرومیت هیجانی
۳۰	۳	۶۰	۶	رها شدگی
۱۰	۱	۳۰	۳	بی‌اعتمادی / بدرفتاری
۰	۰	۱۰	۱	انزوای اجتماعی
۱۰	۱	۲۰	۲	نقص / شرم
۱۰	۱	۱۰	۱	شکست
۱۰	۱	۲۰	۲	وابستگی / بی‌کفایتی
۰	۰	۲۰	۲	آسیب‌پذیری در برابر ضرر
۲۰	۲	۷۰	۷	گرفتاری
۳۰	۳	۷۰	۷	استحقاق
۱۰	۱	۵۰	۵	خویش‌داری
۰	۰	۱۰	۱	اطاعت
۴۰	۴	۸۰	۸	ایثار
۱۰	۱	۵۰	۵	بازداری هیجانی
۳۰	۳	۶۰	۶	معیارهای سرسختانه



جهت بررسی مفروضهٔ نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

**جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف**

متغیر پژوهش	طرحوارهٔ ناسازگار اولیه
کلموگروف-اسمیرنوف	۱/۵۶
سطح معنی‌داری	۰/۰۶

در جدول ۴، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف معنی‌دار نیست؛ این امر نشان از نرمال بودن توزیع این متغیرها دارد.

از مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است که قبل از اجرای تحلیل کوواریانس در گروه‌ها بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار  $F=۳/۸۱$  برای متغیر مورد نظر پژوهش (طرحوارهٔ ناسازگار اولیه) معنادار نبود ( $P> ۰/۰۵$ )، مفروضهٔ همگنی ضرایب رگرسیون برقرار بوده است. همچنین مفروضهٔ دیگر تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است که این امر با استفاده از آزمون لوین انجام شد؛ نتایج این آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

**جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون‌گروهی آزمودنی‌ها**

متغیر	F	سطح معنی‌داری
طرحوارهٔ ناسازگار اولیه	۲/۵	۰/۸

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، معنی‌دار نشدن آزمون لوین، نشان‌دهندهٔ این است که مفروضهٔ همگنی واریانس داده‌ها برقرار است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۶ آمده است.

**جدول ۶. تحلیل کوواریانس برای بررسی تغییرات نمرات طرحواره ناسازگار اولیه**

مؤلفه	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
طرحواره ناسازگار اولیه	پیش‌آزمون گروه	۳۰/۰۷	۱	۳۰/۰۷	۷/۷۸	۰/۰۶
		۵/۷۶	۱	۵/۷۶	۲۵/۲۶	۰/۰۰

با توجه به نتایج جدول ۶، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته به مواد تحت درمان نگره‌دارنده با متادون اثربخش بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون (MMT) بود. از یافته‌های پژوهش حاضر چنین برمی‌آید که این شیوه درمانی موجب تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

این یافته با یافته‌های شوری و همکاران (۲۰۱۲)، شوری و همکاران (۲۰۱۳)، بال و همکاران (۲۰۱۱)، یانگ و ماتیلا (۲۰۰۲) که همگی بر اثر بخش بودن طرحواره‌درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کنند، همسو است. هم‌چنین، نتایج پژوهش با پژوهش‌های کاملی، قنبری‌هاشم آبادی و آقا محمدیان شهرباف (۱۳۹۰) و دباغی و همکاران (۱۳۸۶) همسو است.

در تبیین این یافته، می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین‌فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رهاشدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا می‌کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی، در

مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه‌های هم‌دلانه با دلایل و ضرورت تغییر رویرو می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). فریمن و فاسکو<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)؛ به نقل از محمد نژاد، ۱۳۸۸) معتقدند طرحواره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند؛ محتوای طرحواره‌ها، همه جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه یا غیرآگاهانه را دربرمی‌گیرد. طرحواره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد به دنیا می‌دهد، ایجاد می‌کنند. آن‌ها در طول دوره تحول فرد شکل گرفته‌اند؛ به این معنا که به موازاتی دریافت اطلاعات فرد از محیط اطراف، آن را پردازش و فیلتر می‌کنند. به طور خلاصه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند.

باید توجه داشت بر طبق این تعریف، رفتار یک فرد بخشی از طرحواره وی محسوب نمی‌شود. یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرحواره به وجود می‌آیند؛ بنابراین رفتارها از طرحواره‌ها نشأت می‌گیرند؛ ولی بخشی از طرحواره‌ها محسوب نمی‌شوند. اغلب طرحواره‌ها نتیجه تجارب زیان‌بخشی<sup>۲</sup> محسوب می‌شوند که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی دائماً با این تجارب روبه‌رو بوده است. اثر این تجارب ناگوار در سیر تحول با یکدیگر جمع می‌شود و به شکل‌گیری یک طرحواره کاملاً ناسازگار تمام عیار منجر می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر، با انجام طرحواره‌درمانی در افراد تحت درمان با متادون، طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش یافتند و طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار این افراد مؤثر بود. با بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح افکار و باورهای معیوب فرد معتاد در مورد خود، انتظار می‌رفت که این افراد به درمان بهتر پاسخ دهند. در واقع طرحواره‌درمانی همراه با درمان با متادون از درمان با متادون به تنهایی اثربخش‌تر است.

<sup>1</sup>. Freeman & Fusco

<sup>2</sup>. Noxious

پژوهش حاضر نیز بر این امر تأکید کرد. افراد گروه آزمایش که تحت درمان با متادون و طرحواره‌درمانی بودند، نسبت به گروه کنترل که تنها درمان با متادون را دریافت کردند، به درمان پاسخ بهتری دادند. این مسأله قابل توجه است؛ چون افراد گروه آزمایش افکار، باورها، طرحواره‌های ناسازگار و بینش خود نسبت به مسایل حال و گذشته را با کمک طرحواره‌درمانی تغییر دادند و با بهبود دیدگاه خود و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به روند درمان ادامه دادند و پاسخ به درمان در این گروه از گروه کنترل بهتر بود.

پیشگیری از عود، راهی برای کمک به اشخاص با وابستگی دارویی و مواد برای ایجاد تغییر در رفتار و افکار و حفظ آن تغییر برای مدت زمان طولانی است. لوینسون (۱۹۹۷؛ به نقل از عسکری جنت آبادی، ۱۳۹۱) معتقد است مددجویان به ایجاد تغییراتی در باورهای منفی و ایجاد باورهای سالم به منظور کاهش تمایلات به مصرف دارو و الکل نیاز دارند.

حالت‌های هیجانی منفی نقش مهمی در بروز یا عود مصرف مواد دارند. باورهای غیرمنطقی بیماران که خود نیز در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ریشه دارند، عامل اساسی بروز هیجان‌های منفی به شمار می‌آیند. از این رو، با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی، به عنوان یک راهکار مقابله‌ای با این مسأله، می‌توان پایه و اساس هیجان‌های منفی بیماران را شناسایی و مرتفع کرد تا بدین وسیله گامی اساسی و بنیادی در جهت پیشگیری از عود مجدد بیماران به سو مصرف مجدد مواد برداشته شده است.

با توجه به یافته پژوهش، می‌توان پیشنهاد کرد که پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد ابزاری مناسب است تا بتوان بر اساس آن به یک مسیر روشن و هدفمند در درمان طرحواره‌های ناسازگار آن‌ها دست یافت. هم‌چنین، با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به نظر می‌رسد که این روش می‌تواند روشی کاربردی در مراکز ترک وابستگی به مواد باشد؛ هم‌چنین می‌تواند یک مسیر درمانی روشن را به درمانگران این مراکز عرضه کند.

نبود امکان کنترل برخی متغیرهای مزاحم، محدودیت در استفاده از یک ابزار واحد، محدود بودن جامعه آماری و نمونه پژوهشی به شهر شیراز و کوتاه بودن دوره درمان، از محدودیت‌های تحقیق بوده است. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود همزمان با آموزش فرد معنادار، خانواده وی نیز با استفاده از طرحواره‌درمانی آموزش ببینند. توصیه می‌شود روان‌شناسان و مشاوران شاغل در مراکز درمان سوء مصرف مواد، از طرحواره‌درمانی برای پیشگیری از عود استفاده کنند و سعی شود تکنیک‌های درمانی خود را در قالب گروه اجرا و پیاده‌سازی کنند. توصیه می‌شود این پژوهش بر معناداری که دچار اختلال سایکوتیک و همچنین معناداری که دچار اختلالات شخصیت هستند، نیز برای تعیین میزان اثربخشی صورت گیرد. توصیه می‌شود پژوهشگران آینده، نمونه بیشتر و متغیرهای بیشتری را بررسی کنند؛ پیشنهاد می‌شود پژوهش بر معناداران زن نیز صورت گیرد تا امکان مقایسه نیز میسر گردد.

## منابع

- آهی، قاسم (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره‌یانگ (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدیان، معصومه (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انیستیتو روان‌پزشکی ایران.
- عسکری جنت آبادی، محمد (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی روش‌های طرحواره‌درمانی گروهی و واقعیت‌درمانی در کاهش میزان عود و افزایش سلامت عمومی معناداران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند.
- دباغی، پرویز، اصغرنژاد فرید، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۶). اثر بخشی شناخت‌درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی از پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳، ۳۶۶-۴، ۳۷۵.

تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون

سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: ارجمند.

کاملی، زهرا، قنبری‌هاشم آبادی، بهرام علی، آقا محمدیان شهرباف، حمید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره به تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱، ۸۳-۹۸.

لیتری، دن. (۲۰۰۴). نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر. ترجمه محمد رضایی و محمد علی زکریایی (۱۳۸۴). تهران: جامعه و فرهنگ.

محمد نژاد، م. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر رویکرد طرحواره‌درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان افسرده شهر مرودشت، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

نادری، ش. بینزاده، م. صفاتیان، س. پیوندی، ع. (۱۳۸۳). درسنامه جامع درمان وابستگی به مواد، تهران.

یانگ، جفری. کلو سکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۱۹۵۰). طرحواره‌درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. (۱۳۸۶). تهران: ارجمند.

Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis*, 1199, 5, 319-328.

Ball, S. A., Young, E.J. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance Dependence: case study Results. *Cognitive and Behavioral practice*, 27, 270 - 281.

Behary, W. T., Dieckmann, E. O., & John, S. (Ed), (2013). Understanding and treating pathological narcissism. Washington, DC, US: American Psychological Association, 337, 285-300.

Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, Ch. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Affective Disorders*, 151, 2, 500-505.

Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 2, 242-251.

- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 4, 257- 276.
- Hopwood, Ch. J., & Thomas, K. M. (2014). Schema Therapy is an affective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. Evidence- Based Mental Health Online First.
- Kellogg, S. (2012). O speaking one's mind: using chairwork dialogues in schema therapy. *The wiley- Blackwell Handbook of Schema Therapy: theory, research, and practice/ edited by Michiel van Vereswijk, Jenny Brocensen, Marjon Nadort*, 197- 208.
- Panahifar, S., Taghizade, M., Mahdavi, A., Salehi, S., & Esfandyari, H. (2014). Effectiveness of Schema-Focused Couple Therapy to Reduce Marital Relations Conflict Applicant for Divorce. *Switzerland Research Park Journal*, 103, 1.
- Salemink, E., Van Lier, P. A. C., Meeus, W., Raaijmakers, S. F., & Wiers. (2015). Implicit alcohol-relaxation associations in frequently drinking adolescents with high levels of neuroticism. *Addictive Behaviors*, 45, 8-13.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Marrie, H. J., & Bekker. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 3, 426-447.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47, 1, 108-116.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2012). Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: a preliminary investigation. *Addict Disord Their Treat*, 10,4, 169-179.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. Anderson, S., & Strong, D. R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Clinical Psychology*, 69, 9, 912- 922.
- Vreeswijk, M. V., Broersen, J., Nadort, M., & Rijkeboer, M. (2012). Validation of the Young Schema Questionnaire. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*,
- Young, J. E. (2003). Schema therapy. New York: Guilford, 123-218.
- Young, J. and Mattila, D. E. (2002). schema-focused therapy for depression In: comparative treatments of depression. Springer publishing. 291-316.
- Young, J. E., Klosko, G., & Yeshar, M. (2003). Schema therapy. New York: Guilford, 120-2760.