

بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار افراد دارای سوء مصرف مواد

فاطمه حاتمی نصاری^۱، پروز آزاد فلاح^۲، منصور ترک^۳، مجید عیدی بایگی^{۴*}، شایسته قرایی اردکانی^۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب رسانی هستند که منجر به شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی می‌شوند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار افراد دارای سوء مصرف مواد بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر پژوهشی نیمه تجربی بوده و طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل مردان معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اعتیاد شهرستان کرج در سال ۱۳۸۹ بود. تعداد ۳۰ معتاد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جهت سنجش و ارزیابی آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از فرم کوتاه پرسشنامه یانگ استفاده گردید. در مورد گروه آزمایش ۱۲ جلسه درمان شناختی- رفتاری اجرا گردید، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت ننمودند. پس از اجرای پس‌آزمون داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای درمان شناختی- رفتاری در حوزه‌های پنجگانه طرحواره تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر گویای اهمیت درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار معتادین می‌باشد و با توجه به اهمیت این طرحواره‌ها در ایجاد مشکلات روانشناختی می‌تواند جنبه تکمیلی درمان دارویی در بهبود مشکلات روانشناختی همراه با اعتیاد را داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری گروهی، طرحواره‌های ناسازگار، سوء مصرف مواد

۱- کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد راهنمایی و مشاوره، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: amajid_eydi@yahoo.com تلفن: ۰۹۳۶۶۲۲۹۰۴۰

مقدمه

یکی از مهم‌ترین بحران‌های دنیای کنونی که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختار اجتماعی کشورهای مختلف را تهدید می‌نماید، مسئله اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر است [۱]. سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، پدیده‌ای عود کننده و مزمن است که کلیه جوانب زندگی فرد را فرا می‌گیرد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد هر روز به شمار قربانیان آن افزوده می‌گردد [۲].

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی است. تحقیقات نشان داده‌اند که فرآیند اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌های بیماران است [۳]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن جای گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند [۴]. به باور یانگ، طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه ساختارهای عمیقی، شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند [۴]. این طرحواره‌ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارند. اگرچه فرد می‌داند که طرحواره خاصی منجر به ناراحتی در وی می‌گردد، اما با آن طرحواره راحت است و به همین دلیل فرد تلاشی برای تغییر آن نمی‌کند [۵].

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی می‌انجامند [۶]. یانگ معتقد است هر کدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های اولیه مرتبط است [۷]. طرحواره‌ها قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوء مصرف مواد می‌باشند [۸]. طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیر منطقی می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند. هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم

یا غیر مستقیم منجر به آشفتگی‌های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شوند [۹]. افراد معتاد در مقایسه با جمعیت غیر معتاد آسیب‌های روانی و طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند [۱۰-۱۳]. افرادی که دچار وابستگی و سوء مصرف مواد می‌شوند، به طور همزمان به اختلالات دیگری نیز گرفتار می‌گردند [۱۴].

عوامل متعددی در ایدئولوژی سوء مصرف مواد تأثیر دارند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود [۱۵]. متأسفانه علی‌رغم تلاش فراوان جامعه علمی، هنوز درمان مناسبی که بتواند برای اعتیاد مثرتر باشد شناخته نشده که البته علت این امر به سادگی قابل تبیین است، اعتیاد از جمله بیماری‌هایی است که در واقع بیان‌کننده سه قطب زیستی، روانی، اجتماعی انسان می‌باشد یعنی این که انسان از این سه بعد تشکیل شده است و طبیعتاً رشد و سقوط انسان نیز تحت تأثیر این ابعاد قرار دارد. لذا برای درمان بیماری‌هایی همچون اعتیاد نیاز به درمان‌هایی است که بتواند این قسمت‌های مختلف را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. یعنی ضمن اینکه بعد زیستی انسان مورد توجه قرار می‌گیرد، به همان اندازه و شاید بیشتر به ابعاد روانی اجتماعی انسان توجه شود [۱۶].

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است که از جمله آن می‌توان به درمان‌های دارویی، روان شناختی و اجتماعی اشاره نمود [۱۷]. اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می‌کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیش‌گیری از عود مجدد بیماری را شامل می‌شود [۱۸]. از جمله درمان غیر دارویی، درمان شناختی- رفتاری است. درمان شناختی، رفتاری برای معتادین، در مطالعات بالینی متعددی به کار رفته و شواهدی دال بر ثمر بخشی بالینی آن ارائه شده است. یافته‌ها به طور آشکار

گروهی بر طرحواره‌ها ناسازگار افراد دارای سوءمصرف مواد می‌باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان دارای سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد با متادون شهرستان کرج در سال ۱۳۸۹ بود. ابتدا از بین کلینیک‌های ترک اعتیاد با متادون شهرستان کرج، ۳ کلینیک به صورت در دسترس انتخاب گردید. سپس از بین مراجعه‌کنندگان به این کلینیک‌ها، تعداد ۳۰ نفر داوطلب که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از لحاظ آماری، در طرح‌های تجربی حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند [۲۴]. روش تصادفی سازی بدین شکل بود که ابتدا آزمودنی‌ها با توجه به نوع ماده مخدر مصرفی شناسایی گردیدند و سپس به صورت تصادفی از بین این افراد تعداد مساوی آزمودنی با توجه نوع ماده مخدر مصرفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین و انتصاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، جنسیت مرد، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، وجود تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM – IV – TR، عدم مصرف منظم داروهای ضد روانپریشی در زمان ورود به برنامه درمان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال‌های روانپریشی، دو قطبی یا تجزیه‌ای، بیماری شدید بدنی که فرد را از شرکت در درمان باز دارد و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر بود. پس از انتخاب نمونه فرم کوتاه پرسشنامه یانگ به عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر طرحواره‌ها) در ۱۲ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت در هفته توسط روانشناس اجرا شد. این درمان بر گرفته درمان شناختی رفتاری Free [۲۵] و طرحواره درمانی Young [۲۶] می‌باشد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه یانگ پس از آزمون به عمل آمد.

نشان می‌دهند که رویکرد درمان شناختی - رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده و می‌توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد و نیز در کاهش عود و کاهش مصرف مواد و افراد معتاد مؤثر می‌باشد [۱۹]. درمان شناختی رفتاری شامل کاربرد راهبردهای ویژه و تجربی متمرکز بر شناخت و رفتار است، اما تأکیدی که بر تغییر افکار و شناخت‌ها دارد، در مواردی باعث گردیده که مراجعین در چالش با افکار دچار شکست شوند. همچنین این رویکرد باعث ایجاد فراشناخت در بیماران نمی‌گردد [۲۰]. از این رو به نظر ضروری می‌رسد که با کمک گرفتن از درمان‌های بدیع بتوان این نقایص را برطرف کرد. در این مطالعه سعی می‌شود تا بتوان از یافته‌های مربوط به رویکرد طرحواره درمانی در کنار مداخلات مرتبط با درمان شناختی-رفتاری استفاده کرد. از این رو رویکرد درمانی که بایستی در درمان و پیشگیری از عود مصرف افراد معتاد اتخاذ کرد باید در راستای شناسایی طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در چهارچوب موضوع‌هایی همچون هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی، با در نظر گرفتن فرد در رابطه‌اش با دیگران باشد که در طول کودکی تحول یافته و تا بزرگسالی دوام دارند [۵].

پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی می‌باشند. Kameli و همکاران [۲۱] به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست پرداختند، نتایج پژوهش آنان نشان داد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، به طور معنی‌دار باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ شده است. Farrell و همکاران [۲۲] در پژوهشی نشان دادند که روان درمانی مبتنی بر طرحواره بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده و عملکرد این بیماران را بهبود می‌بخشد. Hawke و همکاران [۲۳] در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اختلال دوقطبی پرداختند، نتایج آنان نشان داد که طرحواره‌درمانی نشانه‌های بیماری دوقطبی را کاهش داده و باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان شناختی-رفتاری

بریدگی (۱-۲۵)، حوزه عملکرد و خودگردانی مختل (۴۵) - (۲۶)، حوزه دیگر جهت‌مندی (۴۶-۵۵)، حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۵۶-۶۵) و حوزه محدودیت‌های مختل (۶۶-۷۵) می‌باشد. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است [۲۷]. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط Ahi و همکاران (۱۳۸۴) بر دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ بدست آمد [۲۸].

فرم کوتاه پرسشنامه یانگ (schema questionnaire): این مقیاس توسط یانگ (۱۹۹۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و بر پایه یافته‌های اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) پانزده طرحواره غیر انطباقی اولیه را ارزیابی می‌کند. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست) نمره بالا در یک خرده مقیاس معین احتمال بیشتر وجود یک طرحواره غیر انطباقی را برای آن فرد نشان می‌دهد. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. این ۱۵ طرحواره، در پنج حوزه تقسیم‌بندی شده است که شامل حوزه طرد و خلاصه جلسات درمانی به شرح ذیل می‌باشد.

جلسات	عنوان	دستور جلسات
اول	اصول گروه	معرفی برنامه آموزشی شناختی - رفتاری گروهی با ذکر مثال و تمرین.
دوم	تفکر و احساس	معرفی مفاهیم اصلی شناخت درمانگری نظیر رویدادهای فعال‌کننده، باورها، فرض‌ها، خطاهای منطقی، افکار خودکار، طرحواره‌ها، پیامدهای هیجانی و رفتاری
سوم	خطاهای منطقی و منطق متناسب	شناسایی خطاهای منطقی و همچنین جانشین کردن منطق‌های متناسب برای آنها با ذکر مثال و تمرین.
چهارم	مخالف‌ورزی خطاهای منطقی	در این جلسه اینکه مخالف ورز چیست؟ چگونه کار می‌کند؟ و قوانین مخالف ورزی مؤثر شرح داده شد.
پنجم	شناسایی محتوای طرحواره‌های منفی با استفاده از روش پیکان عمودی	در این جلسه ارتباط بین تفکر سطحی با باورهای زیرین مشخص شد.
ششم	طبقه‌بندی باورها و تنظیم نقشه‌های شناختی	شرکت‌کنندگان الگوها و طرحواره‌های موجود در باورهایشان را بازشناسی می‌کنند و خطاهای منطقی که بیشترین تکرار را دارند را مشخص می‌کنند.
هفتم	باورها می‌توانند تغییر کنند و تحلیل هم‌وردی	شرکت‌کنندگان بپذیرند که باورها تغییرناپذیر نیستند و اینکه تغییر باورها فرآیند طبیعی است و این کار با استفاده از تحلیل هم‌وردی انجام می‌گردد.
هشتم	مخالف‌ورزی و مباحثه هم‌وردی	در این جلسه از مخالف‌ورزی برای محتوای طرحواره‌هایی که در جلسه چهارم شناخته‌ایم استفاده می‌گردد.
نهم	تغییر پیش فرض‌های ادراکی	هدف این جلسه این است که فن قدرتمند تغییر شناختی یعنی تغییر ادراکی، مرور و تشریح شود.
دهم	تغییر رفتارهای ناکارآمد	هدف اصلی جلسه این است که شرکت‌کنندگان بتوانند رفتار ناکارآمدی را انتخاب و روی آن کار کنند.
یازدهم	برنامه‌ریزی برای خود تغییردهی رفتار	مشخص کردن رفتار جایگزین و مهارت داشتن در انجام آن رفتار
دوازدهم	حل مسئله	درک اصول شناختی مرتبط با حل مسئله و توانایی تکمیل گام‌های حل مسئله

یافته‌ها

از مجموع ۱۵ نفر گروه آزمایش تعداد ۳ نفر دامنه سنی ۲۰-۲۵ (۲۰٪)، ۷ نفر دامنه سنی ۲۶-۳۵ (۴۶٪) و ۵ نفر

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و همچنین جهت آزمودن فرضیه‌ها از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

خوراکی و تعداد ۲ نفر (۶/۶۶٪) به روش تزریقی مواد را مصرف می‌نمودند.

مندرجات جدول ۱ میانگین حوزه‌های پنجگانه طرحواره شامل محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، عملکرد و خودگردانی مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

دامنه سنی ۳۶-۴۵ (۳۳/۳٪) را داشتند. همچنین از مجموع ۱۵ نفر گروه کنترل تعداد ۴ نفر دامنه سنی ۲۵-۲۰ (۲۶/۷٪)، ۵ نفر دامنه سنی ۲۶-۳۵ (۳۳/۳٪) و ۶ نفر دامنه سنی ۳۶-۴۵ (۴۰٪) را داشتند. از مجموع ۳۰ نفر افراد نمونه، تعداد ۱۰ نفر (۳۳/۳۳٪) مواد مخدر صنعتی، ۱۴ نفر (۴۶/۶۶٪) مواد مخدر گیاهی و ۶ نفر (۲۰٪) هر دو نوع ماده مخدر را مصرف می‌نمودند. همچنین تعداد ۱۶ نفر (۵۳/۳۳٪) افراد نمونه به روش استنشاقی، تعداد ۱۲ نفر (۴۰٪) به روش

جدول ۱- مقایسه شاخص‌های آماری حوزه‌های پنجگانه طرحواره بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	شاخص	محدودیت‌های مختل	طرد و بریدگی	عملکرد و خودگردانی مختل	دیگر جهت‌مندی	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
آزمایش	پیش آزمون	۳/۱۵±۰/۸۱	۲/۵۶±۰/۶۸	۳/۴۲±۰/۵۵	۳/۳۱±۰/۷۷	۳/۵۷±۰/۹۹
	پس آزمون	۲/۲۰±۰/۵۱	۱/۹۷±۰/۵۳	۲/۵۳±۰/۷۲	۲/۳۷±۰/۹۳	۲/۴۵±۰/۸۱
کنترل	پیش آزمون	۳/۱۶±۰/۸۲	۲/۸۱±۰/۴۸	۳/۲۸±۰/۶۴	۳/۱۱±۰/۷۷	۳/۲۴±۱/۳۷
	پس آزمون	۲/۹۲±۰/۵۲	۲/۷۲±۰/۶۰	۳/۱۰±۰/۵۴	۳/۱۰±۱/۱۱	۳/۲۸±۰/۸۰

محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، عملکرد و خودگردانی مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری معنی‌دار نیست. بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است و تحلیل ادامه می‌یابد.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در حوزه‌های پنجگانه طرحواره مربوطه مقدار F مربوط به آزمون لوین در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، معنی‌دار نبودن این مقدار نشان می‌دهد که تفاوت واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای

جدول ۲- نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بین متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر	محدودیت‌های مختل	طرد و بریدگی	عملکرد و خودگردانی مختل	دیگر جهت‌مندی	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
ضریب F	۰/۱۴۵	۰/۸۰۶	۱/۸۹۳	۱/۱۰۴	۰/۳۶۴
سطح معنی‌داری	۰/۷۰۵	۰/۳۷۳	۰/۱۷۴	۰/۲۶۳	۰/۱۷۷

به عبارت دیگر درمانی شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر طرح‌واره‌ها بر حوزه‌های پنجگانه طرحواره افراد دارای سوءمصرف مواد مؤثر است.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد بین متغیرهای محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، عملکرد و خودگردانی مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج حاصل از مانکوا (MANCOVA) بر روی میانگین حوزه‌های پنجگانه طرحواره

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P
محدودیت‌های مختل	۳/۹۰۴	۱	۳/۹۰۴	۱۴/۴۳۶	۰/۰۰۱
طرد و بریدگی	۳/۰۵۸	۱	۳/۰۵۸	۱۱/۰۲۴	۰/۰۰۳
عملکرد و خودگردانی مختل	۲/۷۶۷	۱	۲/۷۶۷	۷/۲۳۲	۰/۰۱۲
جهت‌مندی	۴/۸۳۴	۱	۴/۸۳۴	۴/۹۲۰	۰/۰۳۵
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۵/۰۳۷	۱	۵/۰۳۷	۷/۵۲۲	۰/۰۱۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار افراد دارای سوءمصرف مواد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار افراد دارای سوءمصرف مواد مؤثر می‌باشد. این نتایج با پژوهش‌های پیشین که اثربخشی طرحواره‌درمانی را نشان می‌دهد همسو می‌باشد [۲۹-۳۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره درمانی دو وجهی در کاهش شدت وابستگی مردان وابسته به مواد مخدر مؤثر است [۳۲]. Asgari Janatabadi [۳۳] در پژوهشی به بررسی و مقایسه اثربخشی روش‌های طرحواره درمانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی در کاهش میزان عود و افزایش سلامت عمومی معتادان پرداخت، نتایج پژوهش وی بیانگر اثربخشی هر دو مدل درمانی در کاهش میزان عود و همچنین سلامت عمومی معتادان بود. همچنین نتایج مقایسه‌ای نشان داد که مدل‌های واقعیت درمانی و طرحواره درمانی به همراه متادون اثربخشی بیشتری نسبت به درمان متادون به تنهایی دارند. Naseri و همکاران [۳۴] نشان دادند که طرحواره درمانی دو وجهی بطور معنی‌داری، موجب کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر و بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی و کنش فردی و اجتماعی معتادان می‌شود. Afshari و همکاران [۳۵] نشان دادند که رویکرد طرحواره درمانی گروهی بر اختلالات شخصیتی دسته B مردان وابسته به مواد اثربخش است. در این پژوهش نشان داده شد که طرحواره درمانی گروهی در بهبود علائم اختلال

شخصیت، تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پیشرفت درمان مؤثر است. Ball [۳۶] در پژوهشی اثربخشی دو درمان فردی الگوی طرحواره درمانی دو وجهی و درمان تسهیل دوازده قدمی را در بیماران وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلالات شخصیت مورد بررسی و مقایسه قرار داد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی دو وجهی به طور معناداری انواع شاخص‌های شدت را کاهش می‌دهد.

طرحواره به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند در نظر گرفته می‌شود. این سازمان ساختاریافته اغلب سازگارانه است تا جایی که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل‌شده کمتری نیاز دارد. با این وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان‌یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چرا که اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تأثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند [۳۷]. از آنجا که تأکید تکنیک‌ها بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد [۳۸]. براساس دیدگاه Young، هدف طرحواره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا

به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار در فرد معتاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارشی می‌باشد که احتمال گزارش بیش از اندازه یا کمتر از اندازه‌ی واقعی علایم و اختلال‌ها وجود دارد. با توجه به اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر طرحواره بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار و اهمیت این طرحواره‌ها در سطح سلامت روان بیماران پیشنهاد می‌شود اینگونه مداخله‌های درمانی به شکل جامع‌تری برای افراد دارای سوءمصرف مواد تحت درمان اجرا و مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

پژوهش حاضر از سوی هیچ مؤسسه یا سازمانی حمایت مالی دریافت ننموده است و تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

فاطمه حاتمی نصاری: طرح‌ریزی و اجرای مداخلات

پرویز آزاد فلاح: نظارت بر فرآیند درمان و طرح‌ریزی

منصور ترک: نوشتن متن مقاله

مجید عیدی بایگی: تجزیه و تحلیل آماری

شایسته قرائی اردکانی: جمع‌آوری اطلاعات

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه مسئولین کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان کرج که ما را در انجام این پروژه یاری نمودند، اعلام می‌دارند. لازم به ذکر است پژوهش حاضر از سوی هیچ مؤسسه یا سازمانی حمایت مالی دریافت ننموده است.

حدودی ارضاء می‌شوند، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد زیرا طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند [۵]. توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند [۳۹]. همچنین هدف تکنیک‌های شناختی در طرحواره درمانی به محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها می‌باشد. برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها و برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره استفاده می‌گردد. برای مثال در راهبرد گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، هدف این است که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم او تقویت شود. با این تکنیک، مراجع متوجه می‌شود که غیر از صدای طرحواره می‌تواند در ذهنش صدای سالمی را ایجاد نماید. همچنین هدف تکنیک تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی می‌باشد. مراجعان به کمک تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرحواره‌های ناسازگار مبارزه می‌کنند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز می‌نمایند [۳۹].

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر گویای اهمیت

مشاوره گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر رویکرد طرحواره- درمانی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار معتادین می‌باشد و می‌تواند جنبه تکمیلی درمان دارویی در بهبود مشکلات روانشناختی همراه با اعتیاد را داشته باشد. هنگامی که تکنیک‌های طرحواره درمانی فراگرفته شوند، در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و وقتی فرد نتیجه آن را می‌بیند،

References

1. Shives LR, Williams L. Basic concepts of Psychiatric mental health nursing. 8nd ed. Philadelphia: Lippincott William & wilkins; 2010: 403-30.
2. Rooke SE, Hine DW, Thorsteinsson EB. Implicit cognition and substance use: a meta-analysis. Addictive behaviors 2008;33(10):1314-28.
3. Birch CD, Stewart SH, Zack M. Emotion and motive effects on drug-related cognition. Handbook of implicit cognition and addiction. 1nd ed. London: Sage Publications; 2006:267-80.

4. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. 3rd ed. Sarasota FL: Professional Resources Press; 1999: 23-37.
5. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory, Research, and Practice. 1nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2012: 27-41.
6. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personality and individual differences* 2004;36(7):1669-80.
7. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet P, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'Encephale* 2003;30(3):255-8.
8. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26(4):519-30.
9. Young JE, Gluhoski VL. Schema focused diagnosis for personality disorders. In: Kaslowed FW. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. 1nd ed. New York: Wiley; 1996: 300-21.
10. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research* 2010;14(4):311-28.
11. Ketabi S, Maher F, Borjali, A. Survey of personality status of addicted persons to opiate by two personality systems of Izeng and Kloninjer. *Addict Res* 2008; 2(7): 45-54.[Persian]
12. Wang CE, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010;41(4):389-96.
13. Razavi V, Soltaninezhad A, Rafiee A. Comparing of Early Maladaptive Schemas between Healthy and Addicted Men. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012;14(9):60-3. [Persian]
14. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford textbook of psychiatry*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996: 3.
15. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (8): 1452-60.
16. Hadiyan mobarake R, Nuri A, Malekpur M. Psychodrama and Addiction. *Journal of news in sychotherapy* 2010; 16 (55-56):47-66. [Persian]
17. McKay JR. Lessons learned from psychotherapy research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2007;31(s3):48s-54s.
18. Tucker JA, Donovan DM, Marlatt G. *Changing in addictive behavior: bridging clinical and public health strategies*. 7nd ed. New York: The Guilford press; 1999: 127-60.
19. French MT, Roebuck MC, Dennis ML, Godley SH, Liddle HA, Tims FM. Outpatient marijuana treatment for adolescents economic evaluation of a multisite field experiment. *Evaluation Review* 2003;27(4):421-59.
20. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008;76(3):468-77.
21. Kameli Z, Ghanbari Hashemabadi BA, Sherbaf H. The effectiveness group cognitive therapy focuses schema on modifying maladaptive schemas on orphans and irresponsible adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology and Counseling* 2011; 1 (1): 83-98 [Persian]
22. Farrell JM, Shaw LA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of*

- Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2009; 4 (2): 317-28.
23. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders* 2013; 148 (1): 118-22.
 24. Oraizi HR, Farahani H. Research in counseling and psychology. 1st ed. Tehran: Danzheh; 2007: 320-46. [Persian]
 25. Janbozorgi M. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. (Translation). Free M. 1st ed. Tehran: Publication seminary and university; 2009: 59-140.[Persian]
 26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. 9th ed. New York: The Guilford press; 2003: 23-64.
 27. Oei TP, Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology* 2007;59(2):78-86.
 28. Ahi G, Mohammadifar M, Besharat M. Reliability and validity of schema questionnaire short form. *Psychol Train Sci J* 2007; 37(3): 20-25. [Persian]
 29. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):883-91.
 30. Tabatabaie-Baraki S, Sohrabi F, Karimi-Zarchi M. Effectiveness of experimental techniques schema therapy on Schemas depressed patients. *Journal of Counseling and Psychotherapy culture* 2012; 3 (11): 76-86. [Persian]
 31. Afshari R, Zare I, Moin L, Naziri Gh, Naghavi MR. Explain the effectiveness of schema therapy approach to the problems individual Category B men's drug-dependent. *Journal of Psychological Methods and Models* 2011; 1 (4): 119-135. [Persian].
 32. Naseri E, Sohrabi F, Borjali A, Falsefinejad MR. Effectiveness dual focus schema therapy in reducing the dependence addicted men with antisocial personality disorder. *Journal of Health Psychology* 2015; 4 (14): 1-15.[Persian]
 33. Asgari Janatabadi M. (dissertation). Comparison of the effectiveness of group schema therapy and group reality therapy in reducing relapse rate and increased general health of addicts. Birjand: Islamic Azad University of Birjand; 2011: 1. [Persian]
 34. Naseri E, Sohrabi F, Borjali A, Falsefinejad MR. The effectiveness dual focus schema therapy in the treatment of heroin dependence comorbid antisocial personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2015; 18 (5): 75-97. [Persian].
 35. Afshari R, Zare I, Moin L, Naziri Gh, Naghavi MR. Explain the effectiveness group Schema Therapy on personality disorders cluster B of men addicted. *Journal of Psychological Models and Methods* 2011; 1 (4): 119-135. [Persian].
 36. Ball SA. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders* 2007;21(3):305-21.
 37. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression. 1st ed. New York: John wiley & Sons; 1999: 54-76.
 38. Gilbert P, Leahy RL. The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies. 1st ed. New York: Routledge; 2007; 43-63.
 39. Ashoori J. Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Arak Medical University Journal* 2015; 18(95): 50-61. [Persian]

Examining the Effectiveness of Group Cognitive-behavioral Therapy on Maladaptive Schemas of Individuals with Substance Abuse

Hatami-Nasari F¹, Azadfallah P², Tork M³, Eydi-Baygi M^{4*}, Gharaie-Ardakani Sh¹

1-MA in Counseling and Guidance, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2- Associate Prof. Dept. of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

3-MA in Counseling and Guidance, Young Researchers and Elites Club, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4-PhD Student in Clinical psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

Email: majid_eydi@yahoo.com, Tell: 09366229040

Received: 20 January 2015

Accepted: 21 January 2016

Introduction: Early maladaptive schemas are self-damaging emotional and cognitive patterns that lead to the formation of irrational beliefs. Therefore, the purpose of this study was to examine the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on maladaptive schemas of individuals with substance abuse.

Materials and Methods: This study was quasi-experimental with pre-test, post-test and control groups. The statistical population of this study consisted of male substance abusers who referred to Methadone Addiction Treatment Clinics of Karaj in 2010. The sample of the study consisted of 30 substance abusers who were selected randomly and were assigned into experimental and control groups. To evaluate the participants in pre-test and post-test, Young's Short Form Questionnaire was used. Participants in the experimental group received group cognitive-behavioral therapy for 12 sessions but participants in the control group received no interventions. After implementing the post-test, data were analyzed using covariance analysis and Spss₁₆ soft ware.

Results: The results of this study showed that there was a significant difference between the experimental and the control groups after implementing cognitive - behavioral therapy in quintuple areas of schema ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of this study suggest the importance of group cognitive-behavioral therapy in reducing maladaptive schemas in substance abusers. Considering the importance of maladaptive schemas in developing psychological problems, group cognitive-behavioral therapy can be a complementary aspect of medical treatment in improving psychological problems associated with addiction.

Keywords: Group cognitive-behavioral therapy, Maladaptive schemas, Substance abuse

Please cite this article as follows:

Hatami-Nasari F, Azadfallah P, Tork M, Eydi-Baygi M, Gharaie-Ardakani Sh. Examining the Effectiveness of Group Cognitive-behavioral Therapy on Maladaptive Schemas of Individuals with Substance Abuse. *Community Health journal* 2015; 9(2): 10-19.

Funding: This study was conducted with the personal fund.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Ethical approval: The ethical committee of Islamic Azad University of Tehran approved the study.