

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان ساکن در کمپ

محمود پیری^۱، علی حسینیانی^۲، جوانشیر اسدی^۳، کاظم شریعت-نیا^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معتادان ساکن در کمپ انجام شد. **روش:** در قالب یک مطالعه شبه آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه، از میان معتادان ساکن در دو کمپ ترک اعتیاد شهرستان گنبد کاووس در نیمه اول سال ۱۳۹۷، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۰ نفر) گمارش شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه بالینی چند محوری میلیون ۳ استفاده شد که توسط افراد هر سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه تکمیل شد. گروه آزمایشی اول مداخله طرحواره درمانی و گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی دریافت کردند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در پایان درمان و بعد از پیگیری یک ماهه مؤثر واقع شدند. همچنین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پایان درمان و پس از پیگیری یک‌ماهه متفاوت بود. گروه طرحواره درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی اثربخشی بیشتری داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش اثربخشی دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی مورد تأیید قرار داد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، معتادان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر، آزادشهر، ایران، پست الکترونیکی: hosseinaei@gmail.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر، آزادشهر، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر بیماری روانی عود کننده و مزمنی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری توأم است (دنيس^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ هسو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، ویژگی مهم اختلال سوء مصرف مواد را وجود یکی از علائم روان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی می داند که افراد با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوء مصرف، هنوز به مصرف آن ادامه می دهند (خسرویان و سلیمانی، ۱۳۹۷). افراد وابسته به مواد نسبتاً جوان هستند و میانگین سنی آن‌ها برابر با ۳۹ سال است (وینستنی، بیگلاو، سیلورمن، جانسون و استرین^۴، ۲۰۱۱). علی‌رغم سن آن‌ها، بیماران وابسته به مواد از نرخ بالای بیماری‌های پزشکی، از جمله مشکلات عضلانی-اسکلتی (گری^۵ و همکاران، ۲۰۱۱) و بیماری ایدز^۶ (روزنبلان^۷ و همکاران، ۲۰۰۳) رنج می‌برند. بیماران وابسته به مواد از نرخ بالای مشکلات روان پزشکی، از جمله افسردگی و اضطراب، و همچنین اختلالات شخصیتی رنج می‌برند. به طور خاص، ۳۸ درصد تا ۶۵ درصد بیماران مصرف کننده متادون دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی^۸ هستند (باتکی، کانفیلد و پلوتز-اسنایدن^۹، ۲۰۱۱). اختلال شخصیت ضداجتماعی یک نوع اختلال شخصیتی است که معمولاً در طول کودکی یا اوایل نوجوانی بروز کرده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (گلین، جانسون و رین^{۱۰}، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت ضداجتماعی در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان یک الگوی فراگیر از بی توجهی نسبت به حقوق دیگران و نقض حقوق دیگران تعریف می‌شود و از مشخصه‌های آن می‌توان به رفتار انحرافی مزمن، فریبکاری و نداشتن وجدان اشاره کرد (داغتر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸).

1. Dennis
2. Hsu
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders
4. Winstanley, Bigelow, Silverman, Johnson, & Strain
5. Grey
6. acquired immune deficiency syndrome
7. Rosenblum
8. antisocial personality disorder
9. Batki, Canfield, & Ploutz-Snyder
10. Glenn, Johnson, & Raine
11. Daughters

افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی همچنین گرایش به این دارند که به خاطر نفع شخصی دیگران را بازیچه قرار داده و همچنین از خود تمارض نشان دهند (بایرن، چرنیاک و پتری^۱، ۲۰۱۳). اگرچه اختلال شخصیت ضداجتماعی تنها در ۴-۳ درصد از جمعیت عمومی وجود دارد (کسلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). اما این اختلال در بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بسیار شایع است. تقریباً ۹۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی همزمان دارای مشکل سوءمصرف مواد هستند (فورست^۳، ۱۹۹۱) و نرخ اختلال شخصیت ضداجتماعی در نمونه‌های درمان مواد بیش از ۵۰-۴۰ درصد است (موسر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین مطالعات انجام شده در کشورهای غربی گزارش کرده‌اند که ۳۰ تا ۷۱ درصد از افراد دارای اعتیاد به هروئین به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا هستند (گریلا، کانو، واردا، نیو و موری^۵، ۲۰۰۹).

یکی از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد در کاهش نشانگان اختلال شخصیت ضداجتماعی سودمند واقع شود، طرحواره درمانی^۶ است. طرحواره درمانی سیستم جدید و نوآورانه‌ای از روان درمانی است که یانگ^۷ و همکارانش آن را با تلفیق مدل‌های مختلف شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت^۸، روابط شیء^۹، سازنده‌گرایی^{۱۰} و روانکاوی ارائه کردند (یانگ، کلسکو و ویشار^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ ویسکوسیلوا، پراسکو، سیدلاکوا، اوسیسکوا و گرامبال^{۱۲}، ۲۰۱۴). طرحواره درمانی برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده

1. Byrne, Chermiack, & Petry
2. Kessler
3. Forrest
4. Mueser
5. Grella, Karno, Warda, Niv & Moore
6. schema therapy

7. Young
8. Gestalt
9. Object Relations
10. Constructivism
11. Young, Klosko & Weishaar
12. Vyskocilova, Prasko, Sedlackova, Sedlackova, Ociskova & Grambal

و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد (رینر، لوبستال، پیترس، آرتنز و هیوبرز^۱، ۲۰۱۲). هدف اصلی درمان، افزایش احساس ارزشمندی بیمار است. بیمارانی که طرحواره‌های آن‌ها بهبود پیدا می‌کند، در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند، کمتر احساس آسیب‌پذیری و بی‌پناهی می‌کنند و تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارند. وقتی دیگران به آن‌ها توجه می‌کنند، کمتر احساس کمرویی می‌کنند. تمایل بیشتری برای صحبت با دیگران نشان می‌دهند و سعی نمی‌کنند بسیاری از جنبه‌های شخصیت خود را پنهان نمایند. حس ارزشمند بودن‌شان را از دست نمی‌دهند، حتی وقتی مورد انتقاد یا طرد قرار بگیرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی^۲ تدوین و مورد استفاده قرار گرفته است (تان^۳ و همکاران، ۲۰۱۸؛ جاکوب^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). با این حال، اثربخشی طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت اجتنابی (باملیس، ایورس، اسپینهوون و آرتنز^۵، ۲۰۱۴)، اختلالات شخصیتی خوشه B و C (ون دیچک^۶ و همکاران، ۲۰۱۹)، اختلال اضطراب اجتماعی (قدم‌پور، حسینی رمقانی، مرادی، مرادیانی گیزه‌رود و عالی‌پور، ۱۳۹۷)، اختلالات شخصیت با گروه‌های آمیخته (اسکوس، سامسون، سیمپسون و ون ریسویجک^۷، ۲۰۱۵) و افسردگی مزمن (هانگ، دیلوچی، دان و نیلسون^۸، ۲۰۱۵؛ و مالوجیانیس^۹ و همکاران، ۲۰۱۴) اثبات شده است. در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، بال، مک کارلی، لاپاگلیا و اوستروسکی^{۱۰} (۲۰۱۱) تاثیر طرحواره درمانی با تمرکز دوگانه را با مشاوره فردی برای مصرف مواد و درمان معمولی در یک جمعیت از ۱۰۵ بیمار وابسته به مواد دارای اختلالات شخصیتی مقایسه کردند. نتایج مطالعه نشان داد که در هر دو گروه کاهش مشابهی در علائم مشاهده شد. گيسن-بلو^{۱۱} و همکاران

1. Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers
2. Borderline Personality Disorder
3. Tan
4. Jacob
5. Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz
6. van Dijk

7. Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk
8. Huang, Delucchi, Dunn, & Nelson
9. Malogiannis
10. Ball, Maccarelli, LaPaglia, & Ostrowski
11. Giesen-Bloo

(۲۰۰۶) در یک مطالعه تجربی کنترل شده به مقایسه طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر انتقال^۱ پرداختند. هر دو روش درمانی موجب کاهش تمام نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی شد. این تغییرات تا یک سال پیگیری پس از درمان نیز حفظ شده بود؛ با این حال نتایج مطالعه نه تنها نشان‌دهنده برتری طرحواره درمانی بر روان‌درمانی مبتنی بر انتقال بود، بلکه میزان ریزش بیماران نیز در طرحواره درمانی کمتر از روان‌درمانی مبتنی بر انتقال بود.

رویکرد درمانی دیگری که به نظر می‌رسد، می‌تواند در بهبود علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی موثر واقع شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایس^۳ ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی^۴ در ارتباط است (مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی، ۱۳۹۴). نظریه نظام ارتباطی اذعان دارد که زبان برای توصیف، طبقه‌بندی، ارزیابی حل مسئله، خلاقیت و ابتکار، حیاتی است. همچنین زبان برای توسعه، ابقا و پیشرفت فرهنگ انسانی دارای اهمیت است. در عین حال، این نظریه نشان می‌دهد زبان یک منبع اولیه از درد و رنج انسان نیز محسوب می‌شود (بریکر و تولیسون^۵، ۲۰۱۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد. بنابراین انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (هایس، استروسال، باتینگ، توهینگ و ویلسون^۶، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلش^۷، پذیرش، تماس با لحظه حاضر^۸،

1. transference focused psychotherapy
2. acceptance & commitment therapy
3. Hayes
4. relational frame theory

5. Bricker & Tollison
6. Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson
7. defusion
8. contact with the present moment

مشاهده خود^۱، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^۲ (رودیتی و رابینسون^۳، ۲۰۱۱). گسلسش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی است. درآمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را درآمیخته یکی می‌داند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها، فرار از آن‌ها یا توجه مجدد به آن‌ها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهمترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد. بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کند (توهیگ، هایس و ماسودا^۴، ۲۰۰۶).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواس فکری- عملی (یاردلی^۵، ۲۰۱۲؛ توهیگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۰)، درمان اختلال اضطراب اجتماعی (کراسک^۷ و همکاران، ۲۰۱۴) و اختلال افسردگی (آرچ^۸ و همکاران، ۲۰۱۲) بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. چاکهسی، جانسن، پول، ون دریمل و وسترهوف^۹ (۲۰۱۵) در پژوهشی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای اختلالات شخصیتی بررسی کردند و آن را با یک درمان معمولی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری در یک محیط تخصصی برای بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی مقایسه کردند. افراد در هر دو گروه درمانی، در عملکرد روانشناختی عمومی و آسیب شناختی شخصیتی، کاهش کوچک تا متوسطی را نشان دادند. به طور کلی، نتایج مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک گزینه درمانی احتمالی برای افراد دارای اختلال شخصیتی

1. observing self
2. committed action
3. Roditi & Robinson
4. Twohig, Hayes & Masuda
5. Yardley

6. Twohig
7. Craske
8. Arch
9. Chakhssi, Janssen, Pol, van
Dreumel & Westerhof

مقاوم به درمان است. مورتون، اسنودون، گوپولد و گایمر^۱ (۲۰۱۲) در قالب یک مطالعه پایلوت به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت مرزی پرداختند. پژوهش آن‌ها بر روی بیماران خدمات سلامت روان عمومی که چهار معیار اختلال شخصیت مرزی را داشتند، انجام شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با درمان معمول^۲ و در گروه درمان معمول به تنهایی قرار گرفتند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، نسبت به گروه درمان معمول، بهبودی‌های معنادار بیشتری از دوره خط پایه و در متغیرهای پیامدی اصلی (علائم اختلال شخصیت مرزی) مشاهده شد. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، تغییرات مثبت بیشتری نیز در اضطراب و ناامیدی ایجاد کرد. همچنین تغییرات معناداری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، و ترس از هیجانات ایجاد شد. برای تمام متغیرها به جز اضطراب، بهبودی‌ها در شرایط گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول معنادار بودند. در حالی که گروه درمان معمول تغییرات معناداری در هیچ یک از اندازه‌گیری‌ها نشان نداد. در مرحله پیگیری بهبودی‌های به دست آمده در بیماران گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، به جز برای ترس از هیجانات، حفظ شدند.

با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و هزینه زیادی که این قبیل بیماران برعهده خانواده و جامعه می‌گذارند و همچنین با توجه به ناکارآمدی درمان‌های معمول و رایج در حل مسائل پیچیده و غامض این دسته از بیماران که منجر به عود و بازگشت علائم یا قطع درمان از سوی این بیماران می‌شود، لزوم توجه به مداخلات روان‌شناختی موثر و کارآمد در کاهش نشانگان این اختلال بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به این موارد شناسایی شیوه یا شیوه‌های درمانی مؤثر بر این اختلال و تدوین برنامه‌هایی جهت تحت درمان قرار گرفتن این بیماران، با هدف کاهش علائم و آسیب‌های ناشی از آن در جامعه، جزو مهمترین مسائلی است که موجب می‌شود

انجام چنین پژوهشی امری ضروری تلقی شود. همچنین در جستجوهای انجام شده توسط محقق در مطالعات خارجی و داخلی، اثربخشی مداخلات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته و پژوهش حاضر نخستین مطالعه‌ای است که کارآیی مداخلات مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افراد معتاد دارای نشانگان اختلال شخصیت ضد اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد. با درک این مهم، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معتادان ساکن در کمپ طراحی و انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق I R.GOUMS.REC.1397.104 به تأیید رسید. جامعه آماری این پژوهش را تمامی معتادان مقیم در دو کمپ ترک اعتیاد شهرستان گنبد کاووس (کمپ نجات و آوای رهایی) در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۶۵ نفر بود. نمونه ۳۰ نفر از معتادان بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل وابستگی به مواد مخدر، توانایی خواندن و نوشتن، تمایل جهت شرکت در جلسات درمانی و عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی در حین اجرای جلسات درمان بود. موارد خروج از افراد مطالعه نیز ابتلا به سایر اختلالات روانی به ویژه سایکوز و سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی در نظر گرفته شد.

ابزار

پرسش‌نامه بالینی چند محوری میلون^۱: این پرسش‌نامه ابزاری خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. این آزمون یکی از مهمترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت در محور دو می‌باشد. روایی آزمون از طریق تحلیل عاملی تأیید شده و اعتبار آن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی مناسب گزارش شده است. به نحوی که ضرایب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ برای میلون ۳ گزارش شده است. دامنه فواصل زمانی بازآزمایی‌ها بین ۵ تا ۱۴ روز بوده است (بیگدلی، رضایی و عرب، ۱۳۹۲). در مطالعه خواجه موگهی ضریب اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (اختلال نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) گزارش شده است (دهباشی، نجفی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفا ۰/۷۴ محاسبه شد.

روند اجرا

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین کمپ‌های ترک اعتیاد نجات و آوای رهایی، در مرحله غربال‌گری، پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون ۳ بر روی تمامی معتادان مقیم در دو کمپ اجرا شد. پس از بررسی نتایج آزمون، ۳۰ نفر از معتادانی که در اختلال شخصیت ضد اجتماعی، بالاترین نمرات را نسبت به سایرین کسب کرده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با جایگزینی تصادفی در سه گروه شامل یک گروه طرحواره درمانی، یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی افراد، برای گروه آزمایش اول، مداخله طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه و برای گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در

۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت گروهی و هفتگی اجرا شد. در فرایند ارائه مداخلات، اعضا گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی^۱ رعایت شد که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳).

پروتکل جلسات طرحواره درمانی بر اساس طرح درمانی پژوهش قندهاری و دهقانی (۱۳۹۷) تنظیم شد. پکیج جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز برگرفته از طرح درمانی برزگر و همکاران (۱۳۹۷) بود. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه به پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون^۳ پاسخ دادند (مرحله پس آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه، هر سه گروه جهت سنجش پایداری اثر مداخلات در مرحله پیگیری حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین برای اعضای گروه گواه جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر از آن‌ها پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد. شرح مختصر محتوای جلسات طرحواره درمانی گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای طرحواره درمانی گروهی به تفکیک جلسات

جلسه‌ها	موضوع	محتوا
اول	آشنایی و معارفه	آشنایی و معارفه، بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تاکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات، پاسخ‌دهی به سوالات، اجرای پیش آزمون.
دوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی	تعریف و توضیح طرحواره درمانی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
سوم	ادامه آموزش مفاهیم طرحواره درمانی و ایجاد آمادگی جهت سنجش	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره-ای، ایجاد انگیزه در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها.

جلسه‌ها	موضوع	محتوا
چهارم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها	سنجش طرحواره‌های افراد گروه و ارائه بازخورد، آشنا کردن افراد با طرحواره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله سنجش در جلسه، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تاثیر هر کدام بر زندگی افراد، تشویق به مطالعه کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید (بخش مربوط به طرحواره‌های خودشان برای جلسه آینده به عنوان تکلیف خانگی).
پنجم	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها	بررسی تکلیف خانگی، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم‌پیمان شدن با اعضای گروه جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبهه شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری.
ششم	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی	انجام آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تعیین کننده طرحواره‌ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	ادامه فرایند تغییر به وسیله راهبردهای شناختی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه تکمیل فرم‌های ثبت نام طرحواره، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای تجربی	معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش استفاده از راهبردهای ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه تکلیف با موضوع نوشتن نامه به والدین.
نهم	آغاز فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تاثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری.
دهم و یازدهم	ادامه فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره و بررسی تاثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، انجام تمرینات مربوط به الگوشکنی رفتاری، ارائه تکلیف خانگی، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و
دوازدهم	جمع‌بندی و مرور مختصر و انجام پس‌آزمون	پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

شرح مختصر محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات

جلسه‌ها	اهداف	محتوای جلسات	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کسب اطلاعات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون مبارزه با آن‌ها یا جلوگیری تعمدی.
چهارم و پنجم	اجرای فنون درمان پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	پذیرش رفتار و هیجان‌های منفی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی به جای فرار از اکنون.
ششم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجان‌ات مثبت منجر شود.	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی.
هفتم و هشتم	آموزش فنون درمانی خود و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیش‌داوری و قضاوت	تلاش برای کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده.

جلسه‌ها	اهداف	محتوای جلسات	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
نهم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش- های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش- ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح- ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها
دهم و یازدهم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح- ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده
دوازدهم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی.	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام- های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسه‌ها و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری روان‌شناختی در یک ماه آینده.	رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	-

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیر سن به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
پذیرش و تعهد	۳۰/۴۰	۷/۵۸	گواه	۳۰/۵۵	۷/۴۲
طرحواره درمانی	۲۸	۴/۴۹	کل	۲۹/۶۵	۶/۵۳

آماره‌های توصیفی تحصیلات به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی تحصیلات به تفکیک گروه‌ها

تحصیلات	پذیرش و تعهد		طرحواره‌درمانی		گواه	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
ابتدایی	۳۰	۳	۳۰	۳	۴۰	۴
راهنمایی	۱۰	۱	۴۰	۴	۳۰	۳
متوسطه	۴۰	۴	۲۰	۲	۲۰	۲
دانشجو	۲۰	۲	۱۰	۱	۱۰	۱
کل	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰

آماره‌های توصیفی علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف - استاندارد	میانگین	انحراف - استاندارد	میانگین	انحراف - استاندارد
پذیرش و تعهد	۶۰/۱۰	۱۹/۲۸	۵۰/۸۰	۱۳/۷۷	۵۱/۲۰	۱۴/۱۱
طرحواره درمانی	۶۳	۹/۶۹	۵۳/۶۰	۹/۰۵	۵۳/۸۰	۹/۸۷
گواه	۶۱/۷۰	۶/۳۵	۶۰/۸۹	۶/۱۳	۶۰/۸۹	۶/۶۵

برای تحلیل داده‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری
پذیرش و تعهد	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۷	۰/۶۱	۰/۱۱	۰/۲۶
طرحواره درمانی	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۷۰	۰/۱۱	۰/۲۶
گواه	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۷۰	۰/۱۴	۰/۱۷

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود نمرات علائم شخصیت ضد اجتماعی در همه گروه ها و در همه مراحل نرمال است. مفروضه ی دیگر این تحلیل برابری واریانس متغیر در سه گروه است. نتایج آزمون لون نشان داد در پس آزمون ($F= 1/29, P>0/05$)، و پیگیری ($F= 1/48, P>0/05$)، شرط برابری واریانس ها برقرار است. بنابراین تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخلات به شرح جدول ۷ انجام شد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخلات بر کاهش علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fآماره معناداری	مجذوراتا	توان آزمون
۴۹۴/۳۹	۲	۲۴۷/۱۹	۱۲/۰۳	۰/۴۸۱	۰/۹۹۰

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می شود تفاوت معناداری بین نمرات علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در گروه ها وجود دارد. برای مقایسه زوجی از آزمون توکی استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو گروه تفاوت معناداری با گروه گواه داشتند ($P<0/001$). لیکن بین دو روش مداخله ای تفاوت وجود نداشت. همچنین برای بررسی بقای اثربخشی از تحلیل کواریانس با نمرات پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی بقای اثربخشی مداخلات بر کاهش علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fآماره معناداری	مجذوراتا	توان آزمون
۴۵۷/۹۶	۲	۲۲۸/۹۸	۸/۵۱	۰/۳۶۹	۰/۹۴۶

همانگونه که در جدول ۸ مشاهده می شود تفاوت معناداری بین نمرات علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در گروه ها در مرحله پیگیری وجود دارد. برای مقایسه زوجی از آزمون توکی استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو گروه تفاوت معناداری با گروه گواه داشتند ($P<0/001$). لیکن بین دو روش مداخله ای تفاوت وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معنادان انجام شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله باعث کاهش علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مراحل پس آزمون و پیگیری شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های برخی مطالعات پیشین مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود برخی اختلالات شخصیتی و بیماری‌های مزمن همسو می‌باشد. اسکویس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی تاثیر طرحواره درمانی گروهی کوتاه مدت برای اختلالات شخصیت آمیخته در قالب یک مطالعه پایلوت پرداختند. تمام اندازه‌گیری‌های مربوط به نتایج نشان دادند که در بین مراحل قبل از درمان و پیگیری، در شدت علائم اختلال شخصیت اجتنابی، و میزان افسردگی و اضطراب تغییراتی با اندازه اثر بزرگ ایجاد شد. چهار نفر از شرکت کنندگان در انتهای درمان دیگر علائم تشخیصی مربوط به اختلال شخصیتی را نداشتند. در مرحله پیگیری، پنج شرکت کننده به حذف علائم تشخیصی دست یافتند. در انتهای درمان، شش شرکت کننده دیگر معیارهای مربوط به افسردگی را نداشتند و این نتیجه برای تمام شرکت کنندگان در پیگیری شش ماهه پایدار مانده بود. در مرحله پیگیری، اکثریت شرکت کنندگان تغییرات بالینی معناداری در شاخص علائم جهانی نشان دادند. در مرحله پیگیری، ۴۰ درصد از شرکت کنندگان تغییرات بالینی معناداری در حالت‌های سازگار در پرسش‌نامه حالت طرحواره نشان دادند. در یک کارآزمایی تصادفی ون دیچک و همکاران (۲۰۱۹) گروه درمانی مبتنی بر طرحواره غنی شده با درمان روانی- حرکتی را در مقایسه با درمان معمول برای سالمندان دارای اختلالات شخصیتی خوشه B و C به کار بردند. نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی مبتنی بر طرحواره غنی شده با درمان روانی- حرکتی در کاهش پریشانی عمومی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارای اختلالات شخصیتی خوشه B و C در مقایسه با درمان معمول موثر بوده است. مورتون و همکاران (۲۰۱۲) در قالب یک مطالعه پایلوت به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت مرزی پرداختند. در گروه درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، نسبت به گروه درمانی معمول، بهبودی‌های معنادار بیشتری از دوره خط پایه و در متغیرهای پیامدی اصلی (علائم اختلال شخصیت مرزی) مشاهده شد. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، تغییرات مثبت بیشتری نیز در اضطراب و ناامیدی ایجاد کرد. همچنین تغییراتی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، و ترس از هیجانات ایجاد شد. برای تمام متغیرها به جز اضطراب، بهبودی‌ها در شرایط گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول معنادار بودند. در حالی که گروه درمان معمول تغییرات معناداری در هیچ یک از اندازه‌گیری‌ها نشان نداد. در مرحله پیگیری بهبودی‌های به دست آمده در بیماران گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان معمول، به جز برای ترس از هیجانات، حفظ شدند. نتایج پژوهش چاکهسی و همکاران (۲۰۱۵) نیز اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود عملکرد روان‌شناختی عمومی و آسیب‌شناختی شخصیتی افراد دارای اختلالات شخصیتی تایید نمود. همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات جاکوب و همکاران (۲۰۱۸)، و باملیس و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

۱۵۳

153

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌توان گفت، از منظر طرحواره درمانی یانگ، هر فردی طرحواره‌هایی را در خلال دوران کودکی شکل می‌دهد. طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه‌ای نمود می‌یابد. بیمار دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است در مدت زمانی بسیار کوتاه از یک حالت خلقی یا هیجانی شدید به حالتی دیگر تغییر وضعیت دهد. بر اساس الگوی ذهنیت طرحواره‌ای این امر به سبب تغییر وضعیت پی در پی و کنترل نشدنی بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است (سمپرتگوی و همکاران، ۲۰۱۳). رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن مداوم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل‌سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانبخشی شود. زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، والد تنبیه‌گر را

مغلوب کرده و آن را از میدان به در کرده و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوءاستفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بیرحمانه قرار گرفته است (دیکهات و آرنتز، ۲۰۱۴).

طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌های‌شان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند. همچنین از آنجا که تاکید عمده طرحواره درمانی روی هیجان‌ات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجان‌ات خود، آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجان‌ات خود را در موقعیت‌های اجتماعی تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و خود آرامش‌دهی، زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت‌های اجتماعی مهیا سازد (قادری، کلاتری و مهرابی، ۱۳۹۵). در این رویکرد، مراجعان توانستند با استفاده از راهبردهای تجربی به ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند، قادر شدند با شناخت هیجان‌ات و احساسات خود به بیان حقوق‌شان بپردازند. به طور کلی، رویکرد طرحواره درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی افزون بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تهی‌سازی عواطف و هیجان

منفی مدفون شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود.

تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی گروهی 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. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته‌سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند. همچنین تکنیک‌های رفتاری مانند ایفای نقش در گروه و تصویرسازی ذهنی به افراد دارای علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی کمک می‌کند تا بر اجتناب از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی غلبه کنند. همچنین ارائه تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری افراد را برای انجام عملکرد مستقل آماده می‌کند. همه این موارد به بهبود علائم معتادان دارای نشانگان اختلال شخصیت ضد اجتماعی کمک نمود.

۱۵۵

155

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌توان گفت از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صرفاً عواطف منفی شدید نیستند که مشکل را ایجاد می‌کنند، بلکه اجتناب تجربی (که باعث افزایش شدت تجارب منفی می‌شود)، همجوشی با تفکرات منفی، و تصمیمات بی‌فایده‌ای که فرد در مورد اقدامات می‌گیرد (به ویژه اقداماتی که علیه ارزش‌های هسته‌ای شخص هستند) باعث ایجاد مشکل می‌شوند. می‌توان آسیب به خود و سوء مصرف مواد یا الکل را به عنوان راهبردهای اجتناب تجربی در نظر گرفت (چاپمن، گراتز و براون، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و در مقابل آن اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌چگونه

واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی آزاد سازد، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا این که ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (حسینی و حسینی، ۱۳۹۷).

به نظر می رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه بیماران را به دو جنبه اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزش های مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده جلب می کند. به بیان دیگر، شناسایی ارزش ها و حرکت در مسیر ارزش ها منجر به ارتقای انعطاف پذیری روان شناختی در درمان جویان خواهد شد (پولک^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران دارای علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی دیدگاه گیری برای زندگی خود را اکتساب می کنند و یاد می گیرند هشیارانه بدون آمیختگی در دام توجه دزدها، با تحلیل کارکردی رفتار، توجه خود را به تجربه ای که اینجا و اکنون از سر می گذرانند، معطوف نمایند. در چنین شرایطی وقتی بیمار می آموزد، تجربه های درونی خود را با پذیرش نظاره کند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس های بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه دزد که گیر افتادن در دام آن می تواند وی را از نزدیک شدن به ارزش های اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می شود. در نهایت دیدگاه گیری به این شیوه به درمان جویان کمک می کند از دام اجتناب تجربه ای رهایی یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده کرده تا تأثیر و نفوذ آن ها بر زندگی شان کمتر شود (پولک و همکاران،

۲۰۱۶). در نتیجه این موارد به کاهش علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی کمک می‌نماید.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که هنگام تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرد. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی مردان معتاد دو کمپ ترک اعتیاد شهر گنبد کاووس انجام شد، لذا در تعمیم نتایج آن باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی، و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند. اینگونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آن‌ها بسیار دشوار است. نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است.

از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود به منظور رعایت جوانب احتیاط، مداخلات حاضر در سایر جمعیت‌ها و در شهرهای مختلف اجرا شود تا نتایج منسجم‌تری از یافته‌های پژوهشی به دست آید. پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌گران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی زنان مبتلا نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین‌کننده باشد. با توجه به این که هر دو روش طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی تاثیر داشته‌اند، به محققان پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی

خود به جای دو گروه آزمایش، از سه گروه آزمایش استفاده کنند؛ دو گروه آزمایش همانند پژوهش حاضر باشد و در گروه سوم از ترکیب فنون طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شود تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می تواند اثربخش تر از به کارگیری آن‌ها به صورت جداگانه باشد؟ در نهایت پیشنهاد می شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی رویکردهای طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان‌های مذکور با دیگر رویکردها پرداخته شود.

منابع

برزگر، اسماعیل؛ زهره‌ای، اسماعیل؛ بوستانی‌پور، علیرضا؛ فتوح‌آبادی، خدیجه؛ ابراهیمی، شیما و حسن‌نیا، معصومه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۳)، ۱۷۸-۱۶۳.

یگدلی، ایمان‌اله؛ رضایی، علی محمد و عرب، زهره (۱۳۹۲). زیرگونه‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی، ارتباط آن با اضطراب و همبودی آن با سوء مصرف مواد. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۱)، ۹-۱.

حسنی، جعفر و حسنی، رقیه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تخمین شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و افسردگی اساسی. *فصلنامه ابن سینا*، ۲۰(۲)، ۴۵-۳۶.

خسرویان، بهروز و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۷). اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراقشری مغز بر روی ولع مصرف مواد و خودکنترلی شناختی افراد سوء مصرف کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱۰-۹۳.

دهباشی، لیلا؛ نجفی، محمود و رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی-تحلیلی بر تکانشگری و تجارب تجزیهای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۲)، ۲۷-۱۵.

قادری، فرزاد؛ کلانتری، مهرداد و مهرابی، حسین علی (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۲۸-۱.

قدم‌پور، عزت‌اله؛ حسینی رمقانی، نسرین‌السادات؛ مرادی، سمیه؛ مرادیانی گیزه‌رود، سیده خدیجه و عالی‌پور، کبری (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس رویدادی و

اجتناب شناختی در دانش آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی. *افق دانش*، ۲۴(۲)، ۱۱۸-۱۱۱.

قندهاری، آرش و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۴(۲)، ۲۳۴-۲۲۷.

مرشدی، مهدی؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ محمودی، محمد جلال و شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. *پژوهش پرستاری*، ۱۰(۴)، ۸۷-۷۶.

References

- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Batki, S. L., Canfield, K. M., & Ploutz-Snyder, R. (2011). Psychiatric and substance use disorders among methadone maintenance patients with chronic hepatitis C infection: Effects on eligibility for hepatitis C treatment. *The American Journal on Addictions*, 20, 312-318.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicentre randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 541-559.
- Byrne, S. A., Cherniack, M. G., & Petry, N. M. (2013). Antisocial personality disorder is associated with receipt of physical disability benefits in substance abuse treatment patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 373-377.
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 319-328.
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S. M., van Dreumel, M., & Westerhof, G. J. (2015). Acceptance and commitment therapy group-treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personality and Mental Health*, 9(4), 345-356.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C., Arch, J. J., ... & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1034-1048.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44, 371–394.
- Daughters, S. B., Stipelman, B. A., Sargeant, M. N., Schuster, R., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 157-164.
- Dennis, B. B., Roshanov, P. S., Naji, L., Bawor, M., Paul, J., Plater, C., ... & Thabane L. (2015). Opioid substitution and antagonist therapy trials exclude the common addiction patient: a systematic review and analysis of eligibility criteria. *Trials*, 16(1), 475-483.
- 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.
- Forrest, G. G. (1991). *Chemical dependency and antisocial personality disorder: psychotherapy and assessment strategies*. New York: Hawthorne Press.
- Grella, C., Karno, M., Warda, U., Niv, N., & Moore, A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 498-504.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Glenn, A., Johnson, A., & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 427-435.
- Grey, A., Rix-Trott, K., Horne, A., Gamble, G., Bolland, M., & Reid, I. R. (2011). Decreased bone density in men on methadone maintenance therapy. *Addiction*, 106(2), 349–354.
- Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261-273.
- Hsu, J. S., Wang, P. W., Ko, C. H., Hsieh, T. J., Chen, C. Y., & Yen, J. Y. (2017). Altered brain correlates of response inhibition and error processing in females with obesity and sweet food addiction: A functional magnetic imaging study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(6), 677-686.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Science-Business Media.
- Jacob, G. A., Hauer, A., Köhne, S., Assmann, N., Schaich, A., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2018). A schema therapy-based ehealth program for patients with borderline personality disorder (priovi): Naturalistic single-arm observational study. *JMIR Mental Health*, 5(4), e10983.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States.

- Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626–636.
- Malogiannis, I., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., & Karveli, S. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319–329.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 527-544.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. Context press, an imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.
- Renner, F., Lobbstaël, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136 (3), 581-590.
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-49.
- Rosenblum, A., Joseph, H., Fong, C., Kipnis, S., Cleland, C., & Portenoy, R. K. (2003). Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2370–2378.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (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.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5(1592), 1-9.
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., ... & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 13(11), e0206039.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.

- Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., van Dalen, P. J., ... & Oude Voshaar, R.C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 19(26), 1-14.
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Sedlackova, Z., Ociskova, M., & Grambal, A. (2014). Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 56(1-2), 24-31.
- Winstanley, E. L., Bigelow, G. E., Silverman, K., Johnson, R. E., & Strain, E. C. (2011). A randomized controlled trial of fluoxetine in the treatment of cocaine dependence among methadone-maintained patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 255-264.
- World Medical Association (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's Guide*. 1st ed. New York: Guilford Press.
- Yardley, J. (2012). *Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy*. [Doctoral dissertation]. [Logan, USA]: Faculty of Psychology, Utah State University.
- Young, J. E. (1990). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, England: Professional Resource Exchange.