

بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون

حمیدرضا نوری^۱، محمد نقوی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۰۲

چکیده

هدف: آموزش ذهن شفقت‌ورز مطابق با ساختار درمان‌های شناختی رفتاری طراحی شد و سیر تاریخی این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان شناختی رفتاری ریشه دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون است. **روش:** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. تعداد ۳۰ مرد مصرف‌کننده مواد (میانگین سنی = ۳۲/۵ سال) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از دو مرکز ترک اعتیاد انتخاب شدند و پس از تشخیص با مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش در دوازده جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر آموزش ذهن شفقت‌ورز گیلبرت شرکت کردند. شرکت‌کنندگان به وسیله‌ی پرسش‌نامه طرحواره اولیه یانگ (فرم کوتاه) در سه مرحله پیش از شروع مداخله، جلسه پایانی و یک ماه بعد (جلسه پیگیری) ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمرات در طرحواره‌ها به جز طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، گرفتاری، استحقاق/بزرگ‌منشی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، در گروه آزمایش کاهش یافت. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت آموزش ذهن شفقت‌ورز، درمان موثری در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون است.

کلیدواژه‌ها: آموزش ذهن شفقت‌ورز، طرحواره ناسازگار اولیه، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

drpsyh1@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

مقدمه

وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده به طور معمول نه تنها تاثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گذارد، بلکه می‌تواند آثاری بر اجتماع نیز بر جای بگذارد. اعتیاد در زمره بیماری‌های مزمنی است که زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی تاثیر سوء می‌گذارد (گایلند، گایلورد، بوتیکر و هاوارد، ۲۰۱۰). این بیماری گسترش جهانی داشته و امروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می‌دهند که در بروز آن جریانات جاری و حاکم بر محیط خانواده، به ویژه روابط عاطفی میان زن و شوهر و فرزندان آنان نقش بسزایی دارد (حسنی، تاج‌الدینی، جهرمی و فرمانی، ۱۳۹۳). آمار سالانه جهانی شیوع افراد استفاده‌کننده از مواد مخدر را ۳۰/۳ تا ۶۰/۶ درصد در افراد ۱۵ تا ۶۴ سال برآورد کرده است (دفتر سازمان ملل متحد در مواد مخدر و جرایم، ۲۰۱۱). در ایران میزان عود اعتیاد از ۳۸ درصد تا ۹۰ درصد گزارش شده است (نادری، ۱۳۸۳). محاسبه دقیق معتادان در ایران به سهولت ممکن نیست و چنین رقمی در حال حاضر وجود ندارد.

در خصوص سبب شناختی اعتیاد عوامل مختلفی چون مسائل زیست‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطرح می‌باشد. به نظر می‌رسد پاسخ مشخص به مواد افیونی به تلفیقی از این عوامل مربوط باشد. از بین تمامی عوامل تاثیرگذار بر پدیده اعتیاد، وجود خصیصه‌های خاص شخصیتی به عنوان عامل فردی را می‌توان نام برد که به نظر می‌رسد، حتی در صورت عدم مهیا بودن سایر زمینه‌ها و شرایط آسیب‌زا شخص را در گرداب هولناک اعتیاد گرفتار می‌نماید و نقش با اهمیتی را در تداوم مصرف مواد ایفا می‌کند. با توجه به اینکه سرانجام اعتیاد در خود فرد است که به ظهور می‌رسد و بعد از مدتی تعداد کثیری از معتادین که موفق به ترک مواد افیونی شده‌اند مجدداً به این رفتار ناسازگارانه باز می‌گردند می‌توان چنین استنباط کرد که اعتیاد به مصرف مواد مخدر احتمالاً ریشه در

سازه‌های پر قوام و دیرینه تری دارند (سهند، زارع و فتی، ۱۳۸۹). در این مورد پژوهش‌های انجام شده حاکی از رابطه اعتیاد با اختلالات شخصیتی (کوزولو و بازینا^۱، ۱۹۹۹)، مانند اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، خودشیفته، نمایشی و ... می‌باشد. شخصیت فرد به ساختار روانی او بستگی دارد و با توجه به برخی عوامل ساختاری ثابت که می‌توان آن‌ها را همچون طرحواره‌ها در نظر گرفت تعریف می‌شود. مفهوم طرحواره، اساس نظریه‌های شناختی درباره آسیب شناسی و روان درمانی را تشکیل می‌دهد (یانگ، کلسکو و ویشار^۲، ۲۰۰۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹). این طرحواره‌های ناسازگار در افراد مختلف انواع متفاوت و شدت و ضعف گوناگونی دارد و در پژوهش‌های متفاوتی شدت بعضی از این طرحواره‌ها در افراد مصرف کننده مواد مخدر بیش از جمعیت عادی برآورد شده است. در تحقیقی که جلیلیان و یزدانبخش (۱۳۹۳)، انجام دادند مشخص شد که طرحواره‌های بی اعتمادی/بدرفتاری، وابستگی/بی کفایتی، اطاعت و خویش‌ن‌داری/خودانضباطی ناکافی پیش‌بینی کننده گرایش به سوء مصرف مواد مخدر بودند. نتایج پژوهشی نشان داد که افراد وابسته به مواد مخدر از سطوح بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و سبک زندگی در افراد وابسته به مواد، ناسازگار است (پور محمد و همکاران، ۱۳۹۲). سهند، زارع و فتی (۱۳۸۹)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات درمانی با هدف تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در افزایش میزان موفقیت معنادان ناموفق به ترک مواد افیونی موثر باشد. خوش لهجه و همکاران (۱۳۸۸)، در تحقیقی یافتند که تفاوت‌های مشخصی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد موفق به ترک و ناموفق وجود دارد. همچنین اسدی، امیری و پور کمالی (۱۳۸۹) شواهد تجربی برای این فرض که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد موثر باشد فراهم کردند. بال، ریچاردسون، کنلی و بوجوسا^۴ (۲۰۰۵)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند

1. Kozlov, & Buzina
2. Young, Klosko, & Weishaar
3. early maladaptive schemas

4. Ball, Cobb-Richardson, Connolly,
& Bujosa

که افرادی که از طرحواره‌های سازگارانه استفاده می‌کنند توانایی بیشتری دارند که با فشارهای روانی سازگار بمانند. آن‌ها کمتر دچار مشکلات روانی و سوء‌مصرف مواد می‌شوند. در پژوهش دیگری که بر روی اعتیاد به الکل و طرحواره‌ها انجام شد نشان داد که بیشتر الکی‌ها طرحواره‌های ناسازگار شدیدتری نسبت به افراد عادی دارند (روبر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سوء‌مصرف کنندگان مواد بیشتر از مردم عادی می‌باشد (شقاقی، صفری‌نیا، ایرانپور و سلطانی‌نژاد، ۲۰۱۱) و این طرحواره‌های ناسازگار منجر به اضطراب، افسردگی، سوء‌مصرف مواد و سایر مشکلات روان‌شناختی می‌شوند.

تحقیقات متفاوتی برای یافتن درمان مناسب جهت کاستن از میزان اضطراب، استرس، و اختلالات روانی و همچنین تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شده است. هر کدام از درمان‌ها در موضوعی پیشرفت‌هایی داشته است. موضوع بسیار جدیدی که علاقه بسیاری از پژوهش‌گران را به خود جلب کرده مفهوم مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، توجه و درک خود و کاهش انتقاد و قضاوت در مورد کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. شفقت به خود^۲ به عنوان راهی برای کاهش اضطراب مرتبط با اختلالات روانی است (بروکس، کی، باومن و چیلدز^۳، ۲۰۱۲) که گرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌هاست که در فلسفه شرقی وجود دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲).

شفقت به خود برای اولین بار توسط نف^۴ (۲۰۰۳ الف، و ب) به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده تعریف شده است. ترکیب این سه مولفه‌ی مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات

1. Roper
2. self-compassion

3. Michalak, Burg, & Heidenreich
4. Neff

انسانی است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده، منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکررا ذهن را اشغال نکند (نف، ۲۰۰۹).

نف (۲۰۰۳) در تحقیقی گزارش داده که شفقت خود به شدت رابطه معکوسی با افسردگی، نشخوار فکری، تفکر سرکوب کننده، انتقاد از خود و پرخاشگری دارد. نف، پاتریک و رود^۱ (۲۰۰۷) دریافتند که افزایش شفقت خود منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و تفکر سرکوب کننده می‌شود. در پژوهشی که مویلر و کراکر^۲ (۲۰۰۹) در مورد رابطه شفقت خود و استعمال مواد مخدر و الکل انجام دادند به این نتیجه رسیدند که با کاهش شفقت خود احتمال مصرف مواد مخدر در دانشجویان کالج افزایش پیدا می‌کند. رندون^۳ (۲۰۰۷) اذعان داشت که بین مصرف مواد مخدر با شفقت خود، اعتماد به نفس و ذهن آگاهی در ۳۰۰ دانشجوی روان‌شناسی همبستگی منفی وجود دارد.

بر اساس مطالعات صورت گرفته بر روی شفقت به خود، گیلبرت^۴ (۲۰۰۵) از این ساختار برای اهداف درمانی استفاده نمود. او به وسیله درمان شناختی رفتاری، "درمان شفقت محور"^۵ و یک رویکرد گروه درمانی مبتنی بر شفقت به نام "آموزش ذهن شفقت ورز"^۶ را ساختارمند کرد. ساختار این درمان در ناکارآمدی درمان‌های شناختی رفتاری برای درمان احساسات منفی ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در حقیقت درمان مبتنی بر شفقت تنظیم احساسات و هیجان‌های مشکل را تسهیل و پرداختن به هیجان‌های دردناک را تشویق می‌کند (رنجر کهن و نوری، ۱۳۹۵). آموزش ذهن شفقت ورز شامل عناصر ویژه روانی آموزشی است که بر روی کیفیت شفقت به خود، تعیین محل خود انتقادی به عنوان شکلی از استراتژی رفتار، شناخت ترس‌های درونی، توسعه همدلی برای ناراحتی‌های شخصی و تلاش‌های بی‌خطر و تمرکز مجدد بر روی تصاویر، افکار، احساسات و رفتارهای مهربانانه با تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و با حرارات تمرکز دارد

1. Neff, Rude, & Kirkpatrick
2. Moeller, & Crocker
3. Rendon
4. Gilbert

5. Compassion Focused Therapy
(CFT)
6. Compassionate Mind
Training (CMT)

(گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). برخی از تحقیقات به تازگی، تاثیر آموزش ذهن شفقت‌ورز را در علائم افسردگی و اضطراب و انتقاد از خود نشان داده‌اند. گیلبرت و آیرون^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند که می‌توان به وسیله آموزش ذهن شفقت‌ورز به مردم جهت رفع شرم از خود، خود انتقادگری و خود محکوم‌گری کمک کرد. در مطالعه دیگری گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) گزارش دادند که آموزش ذهن شفقت‌ورز برای بیماران با مشکلات مزمن به ویژه برای کسانی که استرس پس از سانحه دارند مفید می‌باشد همچنین افسردگی، اضطراب، خود انتقادگری، شرم، حقارت و رفتار مطیعانه به طور قابل توجهی در پژوهش‌شان کاهش پیدا کرده است.

همه این مطالعات در کشورهای غربی انجام شده است. تازگی مفهوم شفقت به خود، درمان مبتنی بر شفقت و آموزش ذهن شفقت‌ورز ضرورت تحقیقات بیشتر را مشخص می‌نماید. اگر چه شفقت خود دارای یک پیشینه شرقی نظیر بودیسم می‌باشد اما آنچه واقعیت دارد این است که بیشتر تحقیقات علمی در کشورهای غربی انجام شده و قریب به اتفاق پژوهش‌ها در آن ناحیه صورت گرفته است. بنابراین با توجه به این که سوءمصرف کنندگان مواد دارای طحوااره‌های ناسازگار اولیه متفاوت با افراد سالم می‌باشند و طحوااره‌های ناسازگار اولیه الگوهای فکری ناسازگار و افکار منفی و نامناسب را برای افراد به ارمغان می‌آورد و این که درمان شفقت‌محور در پی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ایجاد خود مهربانی زبانی و تغییر افکار منفی با استفاده از تکنیک‌های خود می‌باشد، مطالعه حاضر به شکل نوینی تلاش می‌کند که تاثیر آموزش ذهن شفقت‌آمیز را به عنوان یک درمان مکمل بر روی طحوااره‌های ناسازگار اولیه در معتادین تحت درمان با داروی متادون را در مراکز ترک اعتیاد مشخص نماید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش مردانی بودند که برای ترک مواد افیونی به دو مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اصفهان در بهار سال ۱۳۹۵ مراجعه نموده بودند؛ از این میان ۳۸ فرد مبتلا به سوء‌مصرف مواد به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به صورت مساوی در دو گروه قرار گرفتند. در طول اجرای طرح ۴ نفر از گروه آزمایش به علت غیبت بیش از سه جلسه خارج شدند که به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی چهار نفر نیز از گروه گواه حذف شدند و بدین ترتیب حجم نمونه به ۳۰ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) دریافت درمان نگهدارنده با متادون، (۲) سابقه‌ی مصرف مواد مخدر افیونی (تریاک و شیره)، (۳) داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، (۴) وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نسخه پنجم)، (۵) گذشتن بیش از دو ماه از درمان با متادون، (۶) عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روانی و جسمی، (۷) حداقل سواد سیکل. پیش از اجرای پژوهش، اهداف و شیوه‌ی اجرای طرح برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت‌نامه اخذ شده بود.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I: این مصاحبه، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران (۱۹۹۷) تهیه شد و توسط شریفی، اسلامی، محمدی و کاویانی (۱۳۸۴) به فارسی ترجمه شد. فرست^۱ و همکاران (۱۹۹۷)، ترجمه شریفی و همکاران، (۱۳۸۴) اعتبار آن را برای اختلال‌های محور I از طریق بازآزمایی، توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی و ضریب کاپا را ۰/۷ گزارش کردند. این

مصاحبه برای تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی، اختلال‌های روان‌پریشی و دوقطبی به کار برده شد.

۲- پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ فرم کوتاه: این پرسش‌نامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری، معیارهای نامربوط، خودکنترلی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است. هریک از ۷۵ گویه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند" تا "دقیقاً مرا توصیف می‌کند" نمره‌گذاری می‌شوند. نمره فرد در هر طرح‌واره با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن طرح‌واره حاصل می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده حضور پررنگ‌تر طرح‌واره ناکارآمد است و حداقل نمره برای هر طرح‌واره ۵ و حداکثر آن ۲۵ می‌باشد. هنجاریابی آن در ایران توسط آهی، محمدی‌فر و بشارت در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت مذکر ۰/۹۸ و در جمعیت مونث ۰/۹۷ گزارش شده است.

روند اجرا

پس از ارجاع بیماران از سوی روان‌پزشک به درمانگر و انجام مصاحبه با آن‌ها، بر پایه ملاک‌های شمول و عدم شمول، انتخاب شوندگان، ابزارهای پژوهش را پیش از آغاز جلسات گروهی، و پس از ۱۲ جلسه درمان، و یک ماه بعد از اتمام جلسات تکمیل نمودند. ارزیابی نتایج به صورت دوسر کور توسط فرد دیگری غیر از درمانگر انجام شد. جلسات به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه و مدت هر جلسه دو ساعت در یکی از مرکز ترک اعتیاد سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اصفهان برگزار گردید. هر جلسه بر مبنای راهنمای گیلبرت در درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۶) اجرا شد؛ در جلسات اول، منطق درمان مبتنی بر شفقت و مفاهیم شفقت و شفقت به خود معرفی شد؛ در ادامه از افراد خواسته شد تا سعی کنند نحوه‌ی تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان بشناسند؛ در خلال این جلسات، برخی روش‌ها مانند تصویرپردازی شفقت‌گونه، تنفس تسکین‌بخش، ذهن‌آگاهی، همدلی، نوشتن نامه شفقت‌ورز و ... برای ارتقای شفقت به خود به افراد

آموزش داده شد؛ در جلسات پایانی، افراد تشویق شدند عواملی را که موجب ترس و دافعه‌ی آن‌ها نسبت به مؤلفه‌ی شفقت نسبت به خود می‌شوند را بشناسند و با آن‌ها به مقابله بپردازند. در جلسه آخر و سی روز پس از اتمام جلسات (جلسه پیگیری) تست طرحواره‌های ناسازگار به طور مجدد اجرا گردید؛ افراد گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی را دریافت نکردند و تنها به صورت هفتگی در مرکز حضور یافته و پس از ویزیت پزشک و انجام آزمایش ادرار ماهانه، داروی متادون دریافت می‌کردند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۲/۵ و تحصیلات اکثریت آن‌ها (۶۶ درصد) دیپلم بود. آماره‌های توصیفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی طرحواره‌های ناسازگار به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
محرومیت	آزمایش گواه	۱۸/۶۰	۳/۷	۱۱/۱۳	۱/۷۷	۱/۸۴
هیجانی	آزمایش گواه	۱۸/۶۷	۳/۶۸	۱۸/۶۰	۲/۸۴	۲/۶۳
رهاشدگی	آزمایش گواه	۱۹/۱۳	۲/۳۲	۱۸/۸۷	۲/۵	۲/۳۹
	آزمایش گواه	۱۹/۰۷	۲/۵۴	۱۸/۷۳	۲/۱۹	۲/۰۳
بی اعتمادی	آزمایش گواه	۱۲/۳۳	۲/۴۱	۱۲/۲۷	۲/۳۱	۲/۱۷
	آزمایش گواه	۱۲/۳۳	۳/۷۹	۱۲/۳۳	۳/۴۶	۳/۴۱
انزوای اجتماعی	آزمایش گواه	۱۹/۰۷	۱/۹۴	۱۱	۱/۶۵	۲/۲۱
	آزمایش گواه	۱۹/۰۷	۳/۰۸	۱۹/۰۷	۲/۸۹	۲/۹۳
نقص	آزمایش گواه	۱۹/۶۷	۲/۳۲	۱۰/۹۳	۲/۰۹	۲/۱۴
	آزمایش گواه	۱۹/۷۳	۲/۵۲	۱۹/۴۷	۲/۶۴	۲/۴۵
وابستگی	آزمایش گواه	۱۵/۴۷	۲/۸۲	۱۰/۲۰	۲/۶	۲/۵۴
	آزمایش گواه	۱۵/۵۳	۳/۰۹	۱۵/۴۷	۳/۶۰	۳/۹۸
آسیب پذیری	آزمایش گواه	۱۵/۶۷	۲/۵۳	۱۰/۴۷	۲/۱۷	۲/۳۶
	آزمایش گواه	۱۵/۷۳	۲/۰۵	۱۵/۸۰	۲/۸۸	۲/۵۵
گرفتاری	آزمایش گواه	۱۳/۴۰	۲/۷۵	۱۳/۲۰	۲/۶	۲/۷۵
	آزمایش گواه	۱۳/۶۷	۲/۶۶	۱۳/۸۰	۳/۰۳	۲/۶۷
اطاعت	آزمایش گواه	۱۳/۰۷	۲/۰۹	۱۱/۱۳	۲/۹۷	۲/۹۷
	آزمایش گواه	۱۳/۰۷	۳/۲۲	۱۳/۰۷	۳/۲۲	۳/۲۲
بازداری هیجانی	آزمایش گواه	۱۷/۶۰	۲/۶۷	۱۱/۱۳	۳/۱۸	۳/۱۸

جدول ۱: آماره‌های توصیفی طرحواره‌های ناسازگار به تکنیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
ایثار	گواه	۱۷/۶۰	۳/۱۱	۱۷/۶۷	۲/۹۹	۱۷/۶۷
	آزمایش	۱۷/۶۷	۳/۱۵	۱۰/۶۰	۲/۹۹	۱۰/۲۷
معیارهای سرسختانه	گواه	۱۷/۵۳	۴/۰۳	۱۷/۴۰	۳/۸۳	۱۷/۲۷
	آزمایش	۱۸/۰۷	۳/۳۲	۱۷/۵۳	۳/۹۷	۱۷/۵۳
خویشتن داری	گواه	۱۹/۲۰	۲/۹۳	۱۲/۶۷	۳/۲۹	۱۲/۱۳
	آزمایش	۱۹/۲۰	۲/۹۳	۱۲/۶۷	۳/۲۹	۱۲/۱۳
استحقاق	گواه	۱۷/۲۰	۲/۱۱	۱۷/۰۷	۲/۴۷	۱۷/۰۷
	آزمایش	۱۷/۰۷	۱/۹۱	۱۷/۱۳	۲/۳۳	۱۷/۱۳
شکست	گواه	۱۶/۲۷	۳/۲۴	۱۳/۷۳	۴/۵	۱۳/۶۷
	آزمایش	۱۶/۲۷	۳/۲۴	۱۳/۷۳	۴/۵	۱۳/۶۷

به منظور بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده کرد. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در دو گروه

متغیرها	پس آزمون		پیگیری	
	آماره F	معناداری	آماره F	معناداری
محرومیت هیجانی	۱/۳۲	۰/۲۶	۰/۸۹	۰/۳۵
رهاشدگی	۰/۲۳	۰/۶۵	۰/۱۱	۰/۸۴
بی‌اعتمادی	۰/۸۱	۰/۳۸	۱/۳۷	۰/۲۵
انزوای اجتماعی	۰/۸۳	۰/۲۰	۰/۳۸	۰/۵۳
نقص	۱/۱۸	۰/۲۹	۰/۲۷	۰/۶۱
وابستگی	۲/۲۳	۰/۱۵	۳/۲۲	۰/۰۸
آسیب‌پذیری	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۱۶	۰/۶۹
گرفتاری	۰/۱۶	۰/۶۹	۰/۳۷	۰/۸۵
اطاعت	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۹۲
بازداری هیجانی	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۴۸
ایثار	۰/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۱	۰/۸۹
معیارهای سرسختانه	۱/۳۳	۰/۲۶	۰/۷۹	۰/۳۸
خویشتن داری	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۹۸	۰/۳۳
استحقاق	۰/۰۲	۰/۸۹	۰/۰۲	۰/۸۹
شکست	۷/۳۴	۰/۰۱	۷/۴۷	۰/۰۱

همانگونه که مشاهده می‌شود، فرض برابری واریانس‌های خطا در تمام مولفه‌ها به جز طرحواره‌ی شکست صادق است. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	آماره شاپیرو	معناداری	متغیرها	گروه‌ها	آماره شاپیرو	معناداری
محرومیت	آزمایش	۰/۸۶	۰/۱۲	اطاعت	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۷
هیجانی	گواه	۰/۹۰	۰/۱۱	گواه	گواه	۰/۹۰	۰/۱۱
رهاشدگی	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۶	بازداری	آزمایش	۰/۹۶	۰/۷۸
	گواه	۰/۹۳	۰/۲۵	هیجانی	گواه	۰/۹۱	۰/۱۳
بی‌اعتمادی	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۸	ایثار	آزمایش	۰/۹۴	۰/۳۶
	گواه	۰/۸۷	۰/۴۴	گواه	گواه	۰/۹۳	۰/۳۷
انزوای	آزمایش	۰/۹۷	۰/۳۹	معیارهای	آزمایش	۰/۹۷	۰/۹۵
اجتماعی	گواه	۰/۹۶	۰/۶۶	سرسختانه	گواه	۰/۹۲	۰/۲۱
نقص	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۶	خویشتن-	آزمایش	۰/۹۸	۰/۹۵
	گواه	۰/۹۱	۰/۱۴	داری	گواه	۰/۹۴	۰/۳۹
وابستگی	آزمایش	۰/۹۴	۰/۳۷	استحقاق	آزمایش	۰/۹۴	۰/۴۵
	گواه	۰/۹۳	۰/۲۹	گواه	گواه	۰/۹۵	۰/۶۶
آسب پذیری	آزمایش	۰/۹۲	۰/۱۹	شکست	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۵
	گواه	۰/۹۴	۰/۴۵	گواه	گواه	۰/۸۹	۰/۰۸
گرفتاری	آزمایش	۰/۹۱	۰/۱۸	-	-	-	-
	گواه	۰/۹۶	۰/۶۹	-	-	-	-

همانگونه که مشاهده می‌شود، در تمام متغیرها شرط نرمال بودن توزیع در هر دو گروه برقرار است. جهت ارزیابی برابری ماتریس کواریانس‌ها نتایج آزمون لون حکایت از تخطی از این مفروضه در نمرات پس‌آزمون داشت ($M=11/08$, $F=3/52$, $P < 0/05$). بنابراین از شاخص اثریلاهی به عنوان شاخص چندمتغیری استفاده می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F=4/36$, $P < 0/01$, اثریلاهی). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در طرحواره‌های ناسازگار در نمرات پس‌آزمون

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
محرومیت هیجانی	۴۱۴/۷۱	۱۴۱/۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴
رهاشدگی	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۸۶	-
بی‌اعتمادی	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۸۶	-
انزوای اجتماعی	۴۸۹/۰۳	۱۷۵/۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷
نقص	۵۴۰/۵۰	۱۶۲/۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
وابستگی	۲۰۳/۹۳	۴۳/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲
آسیب‌پذیری	۲۰۹/۵۴	۵۲/۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶
گرفتاری	۰/۸۵	۰/۹۵	۰/۳۴	-
اطاعت	۲۸/۰۳	۲۰/۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴
بازداری هیجانی	۳۲۰/۱۳	۲۴۹/۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰
ایثار	۳۵۹/۰۳	۲۹۳/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲
معیارهای سرسختانه	۱/۶۷	۱/۳۸	۰/۲۵	-
خویش‌نمندی	۳۰۵/۲۵	۸۳/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶
استحقاق	۰/۳۶	۰/۶۶	۰/۴۲	-
شکست	۴۸/۱۳	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در تمام طرحواره‌ها به جزء طرحواره‌های رهاشدگی، بی‌اعتمادی، گرفتاری، معیارهای سرسختانه، و استحقاق در سایر طرحواره‌ها تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. به بیان دیگر نمرات کاهش یافته‌اند.

برای بررسی بقای اثربخشی مداخله از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. جهت ارزیابی برابری ماتریس کواریانس‌ها نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در نمرات پیگیری داشت ($P > 0/05$, $F = 1/12$, $M = 3/02$ با کس). بنابراین از شاخص لامبدای ویلکز به عنوان شاخص چندمتغیری استفاده می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($P < 0/01$, $F = 4/02$, $\lambda = 0/68$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در طرحواره‌های ناسازگار در نمرات پیگیری

متغیرها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
محرومیت هیجانی	۴۶۰/۹۶	۱۴۷/۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵
رهاشدگی	۲/۰۱	۱/۳۲	۰/۲۶	-
بی‌اعتمادی	۰/۳۰	۰/۲۰	۰/۶۶	-
انزوای اجتماعی	۵۰۴/۳۰	۲۰۳/۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸
نقص	۵۷۵/۲۷	۱۸۰/۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷
وابستگی	۲۱۹/۸۹	۳۶/۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷
آسیب‌پذیری	۲۳۲/۰۸	۵۰/۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۵
گرفتاری	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۵۸	-
اطاعت	۲۸/۰۳	۲۰/۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴
بازداری هیجانی	۳۲۰/۱۳	۲۴۹/۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰
ایثار	۳۷۹/۹۰	۱۸۳/۲۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷
معیارهای سرسختانه	۲/۶۸	۲/۵۳	۰/۱۲	-
خویشترداری	۳۵۸/۰۰	۷۱/۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳
استحقاق	۰/۳۶	۰/۶۶	۰/۴۲	-
شکست	۴۸/۱۳	۱۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در تمام طرحواره‌ها به جزء طرحواره‌های رهاشدگی، بی‌اعتمادی، گرفتاری، معیارهای سرسختانه، و استحقاق در سایر طرحواره‌ها تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. به بیان دیگر درمان بقا داشته است. بنابراین برنامه‌ی درمانی شفقت‌محور در کاهش یا تعدیل طرحواره‌ها در گروه آزمایشی تاثیر داشته که این تاثیر پس از گذشت سی روز همچنان دوام داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر تاثیر درمان شفقت‌محور به عنوان یک درمان مکمل بر روی طرحواره‌ای ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد بود. نتایج تحلیل دیداری پژوهش نشان داد که آموزش ذهن شفقت‌ورز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمونه‌ی مذکور موثر بوده است. همچنین طبق جلسه‌ی پیگیری که یک ماه پس از درمان انجام گرفت، طرحواره‌های تعدیل یافته همچنان پا برجا

بود. با توجه به یافته‌های پژوهشی (جلیلیان و یزدانبخش؛ ۱۳۹۳، پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۲؛ برومت؛ ۲۰۰۷) طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان مبتلا به مصرف مواد از جمعیت عادی بالاتر می‌باشد. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال خاصی نمی‌شوند، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهند (هالجین و ویتبورن، ترجمه سید محمدی؛ ۱۳۸۴). بالا بودن نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد احتمالاً نشان دهنده‌ی آن است که این افراد تجارب آسیب‌زایی در دوران کودکی و نوجوانی خود تجربه کرده‌اند؛ تجاربی که باعث به وجود آمدن دیدگاهی منفی و ناسازگارانه نسبت به خود و جهان پیرامون شده است.

اگرچه تا کنون پژوهش آزمایشی کنترل شده تصادفی دقیقی بر روی اثر درمان شفقت‌محور بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار معتادین تحت درمان انجام نشده است، اما بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه درمان شفقت‌محور حاکی از کارایی این درمان برای اختلالات مختلف می‌باشد (بروکس^۲ و همکاران؛ ۲۰۱۲، نف، کریستین و جرمر^۳؛ ۲۰۱۲، گیلبرت؛ ۲۰۱۰، گاس و آلن^۴؛ ۲۰۱۰، لاونس^۵؛ ۲۰۱۰). نتایج مطالعه حاضر با پژوهش‌هایی که گیلبرت و آیرونز (۲۰۰۵) و گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) در زمینه درمان مبتنی بر شفقت انجام دادند، هم راستاست.

با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین، می‌توان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بار دیگر تایید کرد. در بسیاری از افراد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدیدی دارند، تجارب آسیب‌زایی را در کودکی و نوجوانی می‌توان ردیابی کرد که موجب باورهای ناسازگارانه زندگی کنونی آن‌ها شده است. این یافته تداعی کننده‌ی دیدگاه‌های جدیدتر روان‌پویشی در مورد اعتیاد است که اعتیاد را بیانگر کمبودهای اساسی در رشد و عاطفه‌ی فرد می‌داند (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سید یحیی سید محمدی؛ ۱۳۸۶). داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزارنده یا به عنوان مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی مصرف می‌شوند و دارو به صورت انعکاس کمبودهای شیء یا موضوع نیز در نظر

گرفته شده است؛ در این دیدگاه، دارو به عنوان یک کمک بیرونی موقت برای حفظ کردن احساس بهزیستی عمل می‌کند (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سید یحیی سید محمدی؛ ۱۳۸۶). درمان مبتنی بر شفقت برای این افراد، مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی و افزایش تقویت کننده‌های درونی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، باورهای ناسازگارانه و طرحواره‌های ناسازگار فرد کاهش پیدا می‌کند. با توجه به نتایج پژوهش، درمان شفقت‌محور بر روی تعدیل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص، وابستگی، آسیب‌پذیری، اطاعت، بازداری هیجانی، ایثار، خویشتن‌داری و شکست تاثیر معنادار داشته است.

طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و نقص/شرم شامل حوزه بریدگی و طرد می‌باشد. این حوزه افرادی را در بر می‌گیرد که نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. خانواده اصلی آن‌ها معمولاً بی‌ثبات (رها شدگی/بی‌ثباتی)، بدرفتار (بی‌اعتمادی/بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (محرومیت هیجانی)، طردکننده (نقص/شرم) یا منزوی (انزوای اجتماعی/بیگانگی) هستند. با توجه به نتایج تحقیق در این حوزه (بریدگی/طرد)، ۳ طرحواره محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و نقص/شرم، تعدیل معناداری داشته است. در مورد تعدیل طرحواره محرومیت هیجانی می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع توجه دارد که بیماران اغلب از الگوهای فکری ناسازگار و افکار منفی استفاده می‌کنند (من دوست داشتنی نیستم) و به خاطر این که این افراد دارای خانواده‌های سرد و بی‌عاطفه بودند، دچار این طرحواره شده‌اند. این درمان بر روی این الگوهای غلط تمرکز دارد و مهربانی با خود را جایگزین قضاوت کردن خود می‌نماید. کسانی که طرحواره‌ی محرومیت هیجانی دارند، انتظار ندارند تمایل آن‌ها برای برقراری رابطه هیجانی با دیگران به طور کافی ارضا شود. تا به حال سه نوع محرومیت هیجانی را شناخته‌ایم: ۱- محرومیت از محبت (فقدان عاطفه یا توجه)، ۲- محرومیت از همدلی (به حرف دل فرد گوش ندادن)، ۳- محرومیت از حمایت (راهنمایی نشدن از سوی دیگران). درمان شفقت‌محور تکنیک‌های متفاوتی دارد که این

تکنیک‌ها منجر به تعدیل طرحواره‌های بیمار و نهایتاً حل موفقیت‌آمیز این محرومیت‌ها می‌شود. از جمله این تکنیک‌ها می‌توان به افزایش همدلی برای ناراحتی‌های شخصی، تصویرسازی ذهنی، تمرکز مجدد بر روی تصاویر، افکار، احساسات و رفتارهای مهربانانه نام برد. طرحواره انزوای اجتماعی دومین طرحواره در این حوزه می‌باشد که در این پژوهش کاهش یافته است. کسانی که دارای این طرحواره می‌باشند، احساس می‌کنند با دیگران متفاوتند و وصله ناجور اجتماع هستند. در واقع این طرحواره، حس متفاوت بودن فرد یا عدم تناسب با اجتماع را در بر می‌گیرد. معمولاً بیماران مبتلا به این طرحواره، به هیچ گروه یا جامعه‌ای، احساس تعلق خاطر نمی‌کنند. درمان شفقت‌محور به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که شفقت خود نیازمند آگاهی بهوشیارانه از هیجانات خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شویم. همچنین شفقت به خود، به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵). طرحواره نقص/شرم سومین طرحواره در حوزه بریدگی و طرد می‌باشد که پس از درمان شفقت‌محور در این طرحواره کاهش معناداری ملاحظه شد. بیمارانی که طرحواره نقص/شرم دارند، احساس می‌کنند افرادی ناقص، بد، حقیر و بی‌ارزش‌اند و اگر خود را در معرض نگاه دیگران قرار دهند، بدون شک طرد می‌شوند. نتایج این تحقیق با یافته‌های گیلبرت و آیرون (۲۰۰۵) که نشان دادند می‌توان به وسیله درمان شفقت‌محور به مردم جهت رفع شرم از خود کمک کرد، همخوان می‌باشد. احساس شرم، یک هیجان به شدت دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی‌ارزشی یا ناتوانی همراه است که درمان شفقت‌محور با خودآگاهی و ارزیابی منطقی از خود در پی بهبود علائم شرم از خود می‌باشد و در این مقاله تفاوت نمرات در پس‌آزمون موفقیت این درمان را در جهت کم کردن این احساس نشان می‌دهد.

طرحواره وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و شکست در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار می‌گیرد که درمان شفقت‌محور توانسته است تاثیر

معناداری را در نمرات پس آزمون بیماران ایجاد نماید. بالا بودن نمرات افراد وابسته به مواد در طرحواره‌های حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل که شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری است، نشان می‌دهد که این افراد باورهای ناسازگارانه‌ای در زمینه‌ی احساس بی‌کفایتی و درماندگی خود، احساس قربانی بودن و از دست دادن فردیت تجربه می‌کنند. تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و وجود محیطی طرد کننده باعث می‌شوند که کودکان انتظار داشته باشند که دیگران به آن‌ها آسیب می‌رسانند (صلواتی و یکه یزدان دوست؛ ۱۳۸۹). طرحواره‌های این حوزه عموماً در خانواده‌هایی مشاهده می‌شود که اعتماد به نفس کودکان خود را کاهش می‌دهند. در جلسات درمان سعی شد که به بیماران جهت شناخت عواملی که موجب ترس و دافعه‌ی آن‌ها نسبت به مؤلفه‌ی شفقت نسبت به خود می‌شوند، کمک شود و این به نوبه خود کمکی در جهت افزایش حس اعتماد به نفس و افزایش کفایت بیماران می‌شود. زمانی که فرد به جای قضاوت کردن خود به این بینش برسد که با خود مهربانی نماید و با درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود می‌تواند به احساس بهتری دست یابد و با اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، می‌تواند اعتماد به نفس بالاتری را کسب نماید. این موضوع از شدت طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل کم می‌کند. همچنین دلیل دیگری که به بالا رفتن حس اعتماد به نفس بیماران و کم شدن طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل کمک شایانی می‌نماید، تمرین مهارت‌ها در گروه، شناخت احساسات طرف مقابل و آموختن همدلی می‌باشد. این که یک فرد در گروه بتواند احساسات خود را بدون هیچ قید و شرط و قضاوتی بیان نماید، عامل بسیار مهمی در بهبود مهارت‌های بین فردی، کنترل خود و افزایش حس اعتماد به نفس می‌باشد.

در حوزه دیگر جهت‌مندی (طرحواره‌های اطاعت و ایثار) نیز تعدیل طرحواره‌ها مشاهده گردید. طرحواره‌های این حوزه در خانواده‌هایی دیده می‌شود که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند. در طرحواره اطاعت فرد احساس اجبار می‌نماید که به صورت افراطی کنترل خود را به دیگری واگذار نماید. درمان مبتنی بر شفقت با تقویت هیجانات مثبت و

شناخت تفکر مثبت به فرد این آمادگی را می‌دهد که به جای اطاعت محض از دیگران به احساسات و عواطف مثبت خود تکیه نماید و به تصمیم‌گیری در امور خود بپردازد. در طرحواره ایثار، فرد فقط به ارضای نیازهای افراطی دیگران بدون توجه به نیازهای خود می‌اندیشد. این درمان با تکنیک مهربانی به خود، جهت‌پیکان را به سوی فرد باز می‌گرداند و رفتار مهربانانه نسبت به خود را به وی آموزش می‌دهد. در حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (طرحواره بازداری هیجانی) نیز با کاهش طرحواره مواجه هستیم. در این طرحواره فرد با بازداری افراطی اعمال، احساسات و ارتباطات خودانگیخته به منظور اجتناب از طرد دیگران، احساس شرمندگی و از دست دادن کنترل بر تکانه‌های شخصی رفتار می‌نماید. زمانی که فرد با هیجانات مثبت و منفی خود آشنا می‌شود و یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال را پیدا می‌کند، راحت‌تر می‌تواند با دیگران بدون احساس طرد ارتباط برقرار نماید و از ابراز هیجانات خود شرمسار نمی‌گردد.

در حوزه محدودیت‌های مختل (طرحواره خویش‌داری - خودانضباطی ناکافی) نیز تعدیل طرحواره مشاهده شد. افراد دارای این طرحواره مشکلات مستمر در خویش‌داری مناسب و تحمل نکردن ناکامی‌ها در راه دستیابی به اهداف شخصی یا ناتوانی در جلوگیری از بیان هیجانات و تکانه‌ها دارند که درمان مبتنی بر شفقت با تاکید بر شناخت هیجانات، آگاهی از هیجانات مثبت، تصویرپردازی شفقت‌گونه، تنفس تسکین‌بخش، ذهن‌آگاهی، همدلی، نوشتن نامه شفقت‌ورز از شدت این طرحواره کاسته است. البته علاوه بر طرحواره‌های تعدیل‌یافته در ۵ نوع از طرحواره‌ها (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، گرفتاری، استحقاق/بزرگ‌منشی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی) تعدیل معناداری صورت نگرفت.

در مجموع این نتایج نشان داد که درمان شفقت‌محور در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمونه‌ی پژوهش موثر است اما برای حداکثر کارایی و تاثیر درمان بر روی دیگر طرحواره‌ها توجه به نکاتی که می‌توان از آن‌ها به عنوان محدودیت‌های تحقیق نام برد ضروری می‌باشد: اول اینکه تعداد جلسات درمان را می‌توان بیشتر از ۱۲ جلسه طراحی نمود که بیشتر شدن جلسات به تفهیم و تمرین مفاهیم مورد نظر کمک می‌کند و این امر

در تعدیل طرحواره‌ها موثر است چرا که درک و ارتباط با مفهوم شفقت به خود برای بسیاری از افراد خصوصا در طرحواره‌هایی خاص سخت‌تر از بقیه است و از آنجا که تجارب نخستین زندگی و کیفیت سیستم دل‌بستگی فرد، عامل مهمی در شکل‌گیری خصیصه شفقت به خود است، این خصیصه در ساختارهای عمیق شخصیتی ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۵). لذا پرورش و ارتقای آن به جلسات انفرادی و طولانی مدت تری نسبت به درمان گروهی، نیازمند است. مورد دوم که می‌توان به آن اشاره کرد کوتاه بودن مدت پی‌گیری پژوهش می‌باشد که با انجام مطالعات طولانی مدت تر و با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای، نتایجی کاملتر را در زمینه پایداری تغییرهای ناشی از این مدل درمانی در طول زمان در اختیار محققان قرار خواهد داد.

منابع

- اسدی، زهرا؛ امیری، سارا؛ و پورکمالی، آرین (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۹۲-۸۵.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. چاپ سوم. تهران: انتشارات سخن.
- پورمحمد، وحیده؛ یعقوبی، حسن؛ یوسفی، رحیم؛ محمدزاده، علی؛ نجفی، محمود (۱۳۹۲). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۷)، ۱۲۴-۱۰۷.
- حسینی، جعفر؛ تاج‌الدینی، امرالله؛ قائدنیای جهرمی، علی؛ فرمانی شهرضا، شیوا (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۱)، ۱۰۱-۹۱.
- خوش‌لهجه، انیسی؛ ابوالمعالی، خدیجه؛ خوش‌لهجه، زهرا؛ عزیززاده فرشلاف، حسن؛ ایمانی، احسان (۱۳۸۸). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک جمعیت غیر بالینی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۳)، ۶۰-۴۹.
- رنجبر کهن، زهره و نوری، حمیدرضا (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت‌محور*، تهران: نهر.
- روزنهان، دیوید ال؛ سلیگمن، مارتین ای پی (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.

سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا؛ و شریفیان، محمد حسین (۱۳۹۲). رابطه شفقت خود، ارزش خود و تنظیم هیجان‌ات خودآگاه. *فصلنامه در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۳)، ۹-۱.

سهند، بهرام؛ زارع، حسین و فتی، لادن (۱۳۸۹). مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۸۲-۶۵.

صلواتی، مژگان؛ و یکه یزدان دوست، رخساره (۱۳۸۹). *طرحواره درمانی*، تهران: نشر دانژه.

منصوری جلیلیان، افسانه و یزدان‌بخش، کامران (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به سوء مصرف مواد مخدر بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۲)، ۶۲-۵۱.

نادری، منیژه (۱۳۸۳). *بررسی تاثیر مداخلات پرستاری در خانواده بر پیشگیری از عود اعتیاد در مراجعین به مراکز سرپایی خودمعرف شهید فامیلی تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

هالچین، ریچاردپی؛ و ویبورن، سوزان کراس (۱۳۸۴). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.

یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت؛ و ویشار، مارجوری (۱۳۸۹). *طرحواره درمانی*. ترجمه حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. چاپ سوم، تهران: ارجمند.

- Ball, S. A., Richardson, P. C., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 371-379.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317.
- Brummett, B. R. (2007). *Attachment style, early maladaptive schemas, coping selfefficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone maintenance treatment*. New York: Fordham University Press.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of psychoactive drugs*, 42(2), 177-192.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. London: Routledge Publication.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Gilbert, P., & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141–158.
- Kozlov, A. A., & Buzina, T. S. (1999). The Psychological characteristics of Patients with drug addictions, *zhurnal nevrologii Psikhatrii*, 99(10), 14–19.
- Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 172–185.
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279–299.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness*, 3(3), 190–199.
- Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). Drinking and desired self-images: path of self-image goals, coping motives, heavy episodic drinking, and alcohol problem. *Psychology of Addictive Behaviour*, 23(2), 334–340.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. DOI: 10.1159/000215071.
- Neff, K. D. (2003a). The development of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 41, 908–916.
- Neff, K. D., & Germer, Ch. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1–17.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*: New York University.
- Rendon, K.P. (2007). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion and psychological symptoms*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, TX, USA.
- Shaghaghly, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., & Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. *Addiction Health*, 3(1-2), 45–52.

