

تأثیر طرحواره درمانی بر اضطراب، افسردگی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد*

حسین محققی^۱، پرویز خرقانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تاثیر طرحواره درمانی بر افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی به صورت طرح تک آزمودنی با روش خط پایه چند‌گانه ABA بر روی شش آزمودنی که دارای اختلال مصرف مواد بودند، انجام گرفت. جامعه آماری شامل همه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان رزن (یکی از شهرستان‌های استان همدان) در سال ۱۳۹۸ بود. ابزارها شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. طرحواره درمانی در ۱۵ جلسه به صورت گروهی و فردی و در هر هفتة یک جلسه اجرا شد. آزمودنی‌ها در چهار مرحله مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تاثیر طرحواره درمانی را در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پس از گذشت ۴ ماه نشان داد ولی در کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد، ولی در نمودار ABA مقدار تغییرات در نمرات افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد حوزه دوم محسوس بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین، با مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح طرحواره‌ها و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در افراد با اختلال مصرف مواد شد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود تکنیک‌های طرحواره درمانی به صورت فردی برای افراد با اختلال مصرف مواد که افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد دارند، استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی، اضطراب، اختلال مصرف مواد

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان است.

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. پست الکترونیک:

hm293na@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد و تلاش برای ترک آن همیشه یک دغدغه بزرگ برای افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آن‌ها است و هر ساله هزینه‌های سنگینی در ایران صرف مبارزه یا پیشگیری و درمان آن می‌شود و گاه در کنار خسارت مالی، خسارت روانی و جانی به بدنه اجتماع وارد می‌کند (خیرآبادی، جاجرمی و بخشی‌پور، ۱۳۹۹). راهکار تولید کنندگان مواد، در گیر کردن کل جامعه با این پدیده است که البته افراد خاص و دارای مشکلات ویژه، به سمت آن گرایش دارند. اختلال وابستگی مواد یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و عود‌کننده است (گریفیتس^۱، ۲۰۱۴) و شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد وابسته به مواد با وجود آگاهی از نتیجه مصرف مواد مخدر، باز به مصرف آن ادامه می‌دهد (هالجین و ویتبورن^۲، ۱۳۹۴). برخی از بیماران با سوء‌صرف مواد بعد از دوره درمان دچار لغزش می‌شوند. لذا از عوامل ایجاد اعتیاد می‌توان به افسردگی^۳، اضطراب^۴ و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۵ اشاره کرد (نجاویتس، هایمن، روگلاس، هاین و رید^۶، ۲۰۱۷) و در کنار این مشکلات، استرس نیز یک مسئله جدایی ناپذیر در زندگی افراد وابسته به مواد است (خیرآبادی و همکاران، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش‌های جاپ و دالی^۷ (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که بین اختلال افسردگی و اضطراب با اختلال مصرف مواد^۸ رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج پژوهش‌های نجاوتیس و همکاران (۲۰۱۷) و میسلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور^۹ (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که اختلالات خلقی و اضطرابی، به ویژه اضطراب اجتماعی و استرس پس از سانحه در نوجوانی، پیش‌بین قوی برای اختلالات مصرف مواد می‌باشند.

علی‌رغم تحقیقات صورت گرفته هنوز مشخص نیست که مصرف مواد باعث اختلالات روانی می‌شود یا مصرف مواد ناشی از این اختلالات در فرد است (پریور، میلز،

۳۰۰
300

۱۴۰، ۱۵۰، ۱۶۰، ۱۷۰، ۱۸۰، ۱۹۰، ۲۰۰، ۲۱۰، ۲۲۰، ۲۳۰، ۲۴۰، ۲۵۰، ۲۶۰، ۲۷۰، ۲۸۰، ۲۹۰، ۳۰۰، ۳۱۰، ۳۲۰، ۳۳۰، ۳۴۰، ۳۵۰، ۳۶۰، ۳۷۰، ۳۸۰، ۳۹۰، ۴۰۰، ۴۱۰، ۴۲۰، ۴۳۰، ۴۴۰، ۴۵۰، ۴۶۰، ۴۷۰، ۴۸۰، ۴۹۰، ۵۰۰، ۵۱۰، ۵۲۰، ۵۳۰، ۵۴۰، ۵۵۰، ۵۶۰، ۵۷۰، ۵۸۰، ۵۹۰، ۶۰۰، ۶۱۰، ۶۲۰، ۶۳۰، ۶۴۰، ۶۵۰، ۶۶۰، ۶۷۰، ۶۸۰، ۶۹۰، ۷۰۰، ۷۱۰، ۷۲۰، ۷۳۰، ۷۴۰، ۷۵۰، ۷۶۰، ۷۷۰، ۷۸۰، ۷۹۰، ۸۰۰، ۸۱۰، ۸۲۰، ۸۳۰، ۸۴۰، ۸۵۰، ۸۶۰، ۸۷۰، ۸۸۰، ۸۹۰، ۹۰۰، ۹۱۰، ۹۲۰، ۹۳۰، ۹۴۰، ۹۵۰، ۹۶۰، ۹۷۰، ۹۸۰، ۹۹۰، ۱۰۰۰، ۱۰۱۰، ۱۰۲۰، ۱۰۳۰، ۱۰۴۰، ۱۰۵۰، ۱۰۶۰، ۱۰۷۰، ۱۰۸۰، ۱۰۹۰، ۱۱۰۰، ۱۱۱۰، ۱۱۲۰، ۱۱۳۰، ۱۱۴۰، ۱۱۵۰، ۱۱۶۰، ۱۱۷۰، ۱۱۸۰، ۱۱۹۰، ۱۲۰۰، ۱۲۱۰، ۱۲۲۰، ۱۲۳۰، ۱۲۴۰، ۱۲۵۰، ۱۲۶۰، ۱۲۷۰، ۱۲۸۰، ۱۲۹۰، ۱۳۰۰، ۱۳۱۰، ۱۳۲۰، ۱۳۳۰، ۱۳۴۰، ۱۳۵۰، ۱۳۶۰، ۱۳۷۰، ۱۳۸۰، ۱۳۹۰، ۱۴۰۰، ۱۴۱۰، ۱۴۲۰، ۱۴۳۰، ۱۴۴۰، ۱۴۵۰، ۱۴۶۰، ۱۴۷۰، ۱۴۸۰، ۱۴۹۰، ۱۵۰۰، ۱۵۱۰، ۱۵۲۰، ۱۵۳۰، ۱۵۴۰، ۱۵۵۰، ۱۵۶۰، ۱۵۷۰، ۱۵۸۰، ۱۵۹۰، ۱۶۰۰، ۱۶۱۰، ۱۶۲۰، ۱۶۳۰، ۱۶۴۰، ۱۶۵۰، ۱۶۶۰، ۱۶۷۰، ۱۶۸۰، ۱۶۹۰، ۱۷۰۰، ۱۷۱۰، ۱۷۲۰، ۱۷۳۰، ۱۷۴۰، ۱۷۵۰، ۱۷۶۰، ۱۷۷۰، ۱۷۸۰، ۱۷۹۰، ۱۸۰۰، ۱۸۱۰، ۱۸۲۰، ۱۸۳۰، ۱۸۴۰، ۱۸۵۰، ۱۸۶۰، ۱۸۷۰، ۱۸۸۰، ۱۸۹۰، ۱۹۰۰، ۱۹۱۰، ۱۹۲۰، ۱۹۳۰، ۱۹۴۰، ۱۹۵۰، ۱۹۶۰، ۱۹۷۰، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰، ۲۰۱۰، ۲۰۲۰، ۲۰۳۰، ۲۰۴۰، ۲۰۵۰، ۲۰۶۰، ۲۰۷۰، ۲۰۸۰، ۲۰۹۰، ۲۱۰۰، ۲۱۱۰، ۲۱۲۰، ۲۱۳۰، ۲۱۴۰، ۲۱۵۰، ۲۱۶۰، ۲۱۷۰، ۲۱۸۰، ۲۱۹۰، ۲۲۰۰، ۲۲۱۰، ۲۲۲۰، ۲۲۳۰، ۲۲۴۰، ۲۲۵۰، ۲۲۶۰، ۲۲۷۰، ۲۲۸۰، ۲۲۹۰، ۲۳۰۰، ۲۳۱۰، ۲۳۲۰، ۲۳۳۰، ۲۳۴۰، ۲۳۵۰، ۲۳۶۰، ۲۳۷۰، ۲۳۸۰، ۲۳۹۰، ۲۴۰۰، ۲۴۱۰، ۲۴۲۰، ۲۴۳۰، ۲۴۴۰، ۲۴۵۰، ۲۴۶۰، ۲۴۷۰، ۲۴۸۰، ۲۴۹۰، ۲۵۰۰، ۲۵۱۰، ۲۵۲۰، ۲۵۳۰، ۲۵۴۰، ۲۵۵۰، ۲۵۶۰، ۲۵۷۰، ۲۵۸۰، ۲۵۹۰، ۲۶۰۰، ۲۶۱۰، ۲۶۲۰، ۲۶۳۰، ۲۶۴۰، ۲۶۵۰، ۲۶۶۰، ۲۶۷۰، ۲۶۸۰، ۲۶۹۰، ۲۷۰۰، ۲۷۱۰، ۲۷۲۰، ۲۷۳۰، ۲۷۴۰، ۲۷۵۰، ۲۷۶۰، ۲۷۷۰، ۲۷۸۰، ۲۷۹۰، ۲۸۰۰، ۲۸۱۰، ۲۸۲۰، ۲۸۳۰، ۲۸۴۰، ۲۸۵۰، ۲۸۶۰، ۲۸۷۰، ۲۸۸۰، ۲۸۹۰، ۲۹۰۰، ۲۹۱۰، ۲۹۲۰، ۲۹۳۰، ۲۹۴۰، ۲۹۵۰، ۲۹۶۰، ۲۹۷۰، ۲۹۸۰، ۲۹۹۰، ۳۰۰۰، ۳۰۱۰، ۳۰۲۰، ۳۰۳۰، ۳۰۴۰، ۳۰۵۰، ۳۰۶۰، ۳۰۷۰، ۳۰۸۰، ۳۰۹۰، ۳۱۰۰، ۳۱۱۰، ۳۱۲۰، ۳۱۳۰، ۳۱۴۰، ۳۱۵۰، ۳۱۶۰، ۳۱۷۰، ۳۱۸۰، ۳۱۹۰، ۳۲۰۰، ۳۲۱۰، ۳۲۲۰، ۳۲۳۰، ۳۲۴۰، ۳۲۵۰، ۳۲۶۰، ۳۲۷۰، ۳۲۸۰، ۳۲۹۰، ۳۳۰۰، ۳۳۱۰، ۳۳۲۰، ۳۳۳۰، ۳۳۴۰، ۳۳۵۰، ۳۳۶۰، ۳۳۷۰، ۳۳۸۰، ۳۳۹۰، ۳۴۰۰، ۳۴۱۰، ۳۴۲۰، ۳۴۳۰، ۳۴۴۰، ۳۴۵۰، ۳۴۶۰، ۳۴۷۰، ۳۴۸۰، ۳۴۹۰، ۳۵۰۰، ۳۵۱۰، ۳۵۲۰، ۳۵۳۰، ۳۵۴۰، ۳۵۵۰، ۳۵۶۰، ۳۵۷۰، ۳۵۸۰، ۳۵۹۰، ۳۶۰۰، ۳۶۱۰، ۳۶۲۰، ۳۶۳۰، ۳۶۴۰، ۳۶۵۰، ۳۶۶۰، ۳۶۷۰، ۳۶۸۰، ۳۶۹۰، ۳۷۰۰، ۳۷۱۰، ۳۷۲۰، ۳۷۳۰، ۳۷۴۰، ۳۷۵۰، ۳۷۶۰، ۳۷۷۰، ۳۷۸۰، ۳۷۹۰، ۳۸۰۰، ۳۸۱۰، ۳۸۲۰، ۳۸۳۰، ۳۸۴۰، ۳۸۵۰، ۳۸۶۰، ۳۸۷۰، ۳۸۸۰، ۳۸۹۰، ۳۹۰۰، ۳۹۱۰، ۳۹۲۰، ۳۹۳۰، ۳۹۴۰، ۳۹۵۰، ۳۹۶۰، ۳۹۷۰، ۳۹۸۰، ۳۹۹۰، ۴۰۰۰، ۴۰۱۰، ۴۰۲۰، ۴۰۳۰، ۴۰۴۰، ۴۰۵۰، ۴۰۶۰، ۴۰۷۰، ۴۰۸۰، ۴۰۹۰، ۴۱۰۰، ۴۱۱۰، ۴۱۲۰، ۴۱۳۰، ۴۱۴۰، ۴۱۵۰، ۴۱۶۰، ۴۱۷۰، ۴۱۸۰، ۴۱۹۰، ۴۲۰۰، ۴۲۱۰، ۴۲۲۰، ۴۲۳۰، ۴۲۴۰، ۴۲۵۰، ۴۲۶۰، ۴۲۷۰، ۴۲۸۰، ۴۲۹۰، ۴۳۰۰، ۴۳۱۰، ۴۳۲۰، ۴۳۳۰، ۴۳۴۰، ۴۳۵۰، ۴۳۶۰، ۴۳۷۰، ۴۳۸۰، ۴۳۹۰، ۴۴۰۰، ۴۴۱۰، ۴۴۲۰، ۴۴۳۰، ۴۴۴۰، ۴۴۵۰، ۴۴۶۰، ۴۴۷۰، ۴۴۸۰، ۴۴۹۰، ۴۵۰۰، ۴۵۱۰، ۴۵۲۰، ۴۵۳۰، ۴۵۴۰، ۴۵۵۰، ۴۵۶۰، ۴۵۷۰، ۴۵۸۰، ۴۵۹۰، ۴۶۰۰، ۴۶۱۰، ۴۶۲۰، ۴۶۳۰، ۴۶۴۰، ۴۶۵۰، ۴۶۶۰، ۴۶۷۰، ۴۶۸۰، ۴۶۹۰، ۴۷۰۰، ۴۷۱۰، ۴۷۲۰، ۴۷۳۰، ۴۷۴۰، ۴۷۵۰، ۴۷۶۰، ۴۷۷۰، ۴۷۸۰، ۴۷۹۰، ۴۸۰۰، ۴۸۱۰، ۴۸۲۰، ۴۸۳۰، ۴۸۴۰، ۴۸۵۰، ۴۸۶۰، ۴۸۷۰، ۴۸۸۰، ۴۸۹۰، ۴۹۰۰، ۴۹۱۰، ۴۹۲۰، ۴۹۳۰، ۴۹۴۰، ۴۹۵۰، ۴۹۶۰، ۴۹۷۰، ۴۹۸۰، ۴۹۹۰، ۵۰۰۰، ۵۰۱۰، ۵۰۲۰، ۵۰۳۰، ۵۰۴۰، ۵۰۵۰، ۵۰۶۰، ۵۰۷۰، ۵۰۸۰، ۵۰۹۰، ۵۱۰۰، ۵۱۱۰، ۵۱۲۰، ۵۱۳۰، ۵۱۴۰، ۵۱۵۰، ۵۱۶۰، ۵۱۷۰، ۵۱۸۰، ۵۱۹۰، ۵۲۰۰، ۵۲۱۰، ۵۲۲۰، ۵۲۳۰، ۵۲۴۰، ۵۲۵۰، ۵۲۶۰، ۵۲۷۰، ۵۲۸۰، ۵۲۹۰، ۵۳۰۰، ۵۳۱۰، ۵۳۲۰، ۵۳۳۰، ۵۳۴۰، ۵۳۵۰، ۵۳۶۰، ۵۳۷۰، ۵۳۸۰، ۵۳۹۰، ۵۴۰۰، ۵۴۱۰، ۵۴۲۰، ۵۴۳۰، ۵۴۴۰، ۵۴۵۰، ۵۴۶۰، ۵۴۷۰، ۵۴۸۰، ۵۴۹۰، ۵۵۰۰، ۵۵۱۰، ۵۵۲۰، ۵۵۳۰، ۵۵۴۰، ۵۵۵۰، ۵۵۶۰، ۵۵۷۰، ۵۵۸۰، ۵۵۹۰، ۵۶۰۰، ۵۶۱۰، ۵۶۲۰، ۵۶۳۰، ۵۶۴۰، ۵۶۵۰، ۵۶۶۰، ۵۶۷۰، ۵۶۸۰، ۵۶۹۰، ۵۷۰۰، ۵۷۱۰، ۵۷۲۰، ۵۷۳۰، ۵۷۴۰، ۵۷۵۰، ۵۷۶۰، ۵۷۷۰، ۵۷۸۰، ۵۷۹۰، ۵۸۰۰، ۵۸۱۰، ۵۸۲۰، ۵۸۳۰، ۵۸۴۰، ۵۸۵۰، ۵۸۶۰، ۵۸۷۰، ۵۸۸۰، ۵۸۹۰، ۵۹۰۰، ۵۹۱۰، ۵۹۲۰، ۵۹۳۰، ۵۹۴۰، ۵۹۵۰، ۵۹۶۰، ۵۹۷۰، ۵۹۸۰، ۵۹۹۰، ۶۰۰۰، ۶۰۱۰، ۶۰۲۰، ۶۰۳۰، ۶۰۴۰، ۶۰۵۰، ۶۰۶۰، ۶۰۷۰، ۶۰۸۰، ۶۰۹۰، ۶۱۰۰، ۶۱۱۰، ۶۱۲۰، ۶۱۳۰، ۶۱۴۰، ۶۱۵۰، ۶۱۶۰، ۶۱۷۰، ۶۱۸۰، ۶۱۹۰، ۶۲۰۰، ۶۲۱۰، ۶۲۲۰، ۶۲۳۰، ۶۲۴۰، ۶۲۵۰، ۶۲۶۰، ۶۲۷۰، ۶۲۸۰، ۶۲۹۰، ۶۳۰۰، ۶۳۱۰، ۶۳۲۰، ۶۳۳۰، ۶۳۴۰، ۶۳۵۰، ۶۳۶۰، ۶۳۷۰، ۶۳۸۰، ۶۳۹۰، ۶۴۰۰، ۶۴۱۰، ۶۴۲۰، ۶۴۳۰، ۶۴۴۰، ۶۴۵۰، ۶۴۶۰، ۶۴۷۰، ۶۴۸۰، ۶۴۹۰، ۶۵۰۰، ۶۵۱۰، ۶۵۲۰، ۶۵۳۰، ۶۵۴۰، ۶۵۵۰، ۶۵۶۰، ۶۵۷۰، ۶۵۸۰، ۶۵۹۰، ۶۶۰۰، ۶۶۱۰، ۶۶۲۰، ۶۶۳۰، ۶۶۴۰، ۶۶۵۰، ۶۶۶۰، ۶۶۷۰، ۶۶۸۰، ۶۶۹۰، ۶۷۰۰، ۶۷۱۰، ۶۷۲۰، ۶۷۳۰، ۶۷۴۰، ۶۷۵۰، ۶۷۶۰، ۶۷۷۰، ۶۷۸۰، ۶۷۹۰، ۶۸۰۰، ۶۸۱۰، ۶۸۲۰، ۶۸۳۰، ۶۸۴۰، ۶۸۵۰، ۶۸۶۰، ۶۸۷۰، ۶۸۸۰، ۶۸۹۰، ۶۹۰۰، ۶۹۱۰، ۶۹۲۰، ۶۹۳۰، ۶۹۴۰، ۶۹۵۰، ۶۹۶۰، ۶۹۷۰، ۶۹۸۰، ۶۹۹۰، ۷۰۰۰، ۷۰۱۰، ۷۰۲۰، ۷۰۳۰، ۷۰۴۰، ۷۰۵۰، ۷۰۶۰، ۷۰۷۰، ۷۰۸۰، ۷۰۹۰، ۷۱۰۰، ۷۱۱۰، ۷۱۲۰، ۷۱۳۰، ۷۱۴۰، ۷۱۵۰، ۷۱۶۰، ۷۱۷۰، ۷۱۸۰، ۷۱۹۰، ۷۲۰۰، ۷۲۱۰، ۷۲۲۰، ۷۲۳۰، ۷۲۴۰، ۷۲۵۰، ۷۲۶۰، ۷۲۷۰، ۷۲۸۰، ۷۲۹۰، ۷۳۰۰، ۷۳۱۰، ۷۳۲۰، ۷۳۳۰، ۷۳۴۰، ۷۳۵۰، ۷۳۶۰، ۷۳۷۰، ۷۳۸۰، ۷۳۹۰، ۷۴۰۰، ۷۴۱۰، ۷۴۲۰، ۷۴۳۰، ۷۴۴۰، ۷۴۵۰، ۷۴۶۰، ۷۴۷۰، ۷۴۸۰، ۷۴۹۰، ۷۵۰۰، ۷۵۱۰، ۷۵۲۰، ۷۵۳۰، ۷۵۴۰، ۷۵۵۰، ۷۵۶۰، ۷۵۷۰، ۷۵۸۰، ۷۵۹۰، ۷۶۰۰، ۷۶۱۰، ۷۶۲۰، ۷۶۳۰، ۷۶۴۰، ۷۶۵۰، ۷۶۶۰، ۷۶۷۰، ۷۶۸۰، ۷۶۹۰، ۷۷۰۰، ۷۷۱۰، ۷۷۲۰، ۷۷۳۰، ۷۷۴۰، ۷۷۵۰، ۷۷۶۰، ۷۷۷۰، ۷۷۸۰، ۷۷۹۰، ۷۸۰۰، ۷۸۱۰، ۷۸۲۰، ۷۸۳۰، ۷۸۴۰، ۷۸۵۰، ۷۸۶۰، ۷۸۷۰، ۷۸۸۰، ۷۸۹۰، ۷۹۰۰، ۷۹۱۰، ۷۹۲۰، ۷۹۳۰، ۷۹۴۰، ۷۹۵۰، ۷۹۶۰، ۷۹۷۰، ۷۹۸۰، ۷۹۹۰، ۸۰۰۰، ۸۰۱۰، ۸۰۲۰، ۸۰۳۰، ۸۰۴۰، ۸۰۵۰، ۸۰۶۰، ۸۰۷۰، ۸۰۸۰، ۸۰۹۰، ۸۱۰۰، ۸۱۱۰، ۸۱۲۰، ۸۱۳۰، ۸۱۴۰، ۸۱۵۰، ۸۱۶۰، ۸۱۷۰، ۸۱۸۰، ۸۱۹۰، ۸۲۰۰، ۸۲۱۰، ۸۲۲۰، ۸۲۳۰، ۸۲۴۰، ۸۲۵۰، ۸۲۶۰، ۸۲۷۰، ۸۲۸۰، ۸۲۹۰، ۸۳۰۰، ۸۳۱۰، ۸۳۲۰، ۸۳۳۰، ۸۳۴۰، ۸۳۵۰، ۸۳۶۰، ۸۳۷۰، ۸۳۸۰، ۸۳۹۰، ۸۴۰۰، ۸۴۱۰، ۸۴۲۰، ۸۴۳۰، ۸۴۴۰، ۸۴۵۰، ۸۴۶۰، ۸۴۷۰، ۸۴۸۰، ۸۴۹۰، ۸۵۰۰، ۸۵۱۰، ۸۵۲۰، ۸۵۳۰، ۸۵۴۰، ۸۵۵۰، ۸۵۶۰، ۸۵۷۰، ۸۵۸۰، ۸۵۹۰، ۸۶۰۰، ۸۶۱۰، ۸۶۲۰، ۸۶۳۰، ۸۶۴۰، ۸۶۵۰، ۸۶۶۰، ۸۶۷۰، ۸۶۸۰، ۸۶۹۰، ۸۷۰۰، ۸۷۱۰، ۸۷۲۰، ۸۷۳۰، ۸۷۴۰، ۸۷۵۰، ۸۷۶۰، ۸۷۷۰، ۸۷۸۰، ۸۷۹۰، ۸۸۰۰، ۸۸۱۰، ۸۸۲۰، ۸۸۳۰، ۸۸۴۰، ۸۸۵۰، ۸۸۶۰، ۸۸۷۰، ۸۸۸۰، ۸۸۹۰، ۸۹۰۰، ۸۹۱۰، ۸۹۲۰، ۸۹۳۰، ۸۹۴۰، ۸۹۵۰، ۸۹۶۰، ۸۹۷۰، ۸۹۸۰، ۸۹۹۰، ۹۰۰۰، ۹۰۱۰، ۹۰۲۰، ۹۰۳۰، ۹۰۴۰، ۹۰۵۰، ۹۰۶۰، ۹۰۷۰، ۹۰۸۰، ۹۰۹۰، ۹۱۰۰، ۹۱۱۰، ۹۱۲۰، ۹۱۳۰، ۹۱۴۰، ۹۱۵۰، ۹۱۶۰، ۹۱۷۰، ۹۱۸۰، ۹۱۹۰، ۹۲۰۰، ۹۲۱۰، ۹۲۲۰، ۹۲۳۰، ۹۲۴۰، ۹۲۵۰، ۹۲۶۰، ۹۲۷۰، ۹۲۸۰، ۹۲۹۰، ۹۳۰۰، ۹۳۱۰، ۹۳۲۰، ۹۳۳۰، ۹۳۴۰، ۹۳۵۰، ۹۳۶۰، ۹۳۷۰، ۹۳۸۰، ۹۳۹۰، ۹۴۰۰، ۹۴۱۰، ۹۴۲۰، ۹۴۳۰، ۹۴۴۰، ۹۴۵۰، ۹۴۶۰، ۹۴۷۰، ۹۴۸۰، ۹۴۹۰، ۹۵۰۰، ۹۵۱۰، ۹۵۲۰، ۹۵۳۰، ۹۵۴۰، ۹۵۵۰، ۹۵۶۰، ۹۵۷۰، ۹۵۸۰، ۹۵۹۰، ۹۶۰۰، ۹۶۱۰، ۹۶۲۰، ۹۶۳۰، ۹۶۴۰، ۹۶۵۰، ۹۶۶۰، ۹۶۷۰، ۹۶۸۰، ۹۶۹۰، ۹۷۰۰، ۹۷۱۰، ۹۷۲۰، ۹۷۳۰، ۹۷۴۰، ۹۷۵۰، ۹۷۶۰، ۹۷۷۰، ۹۷۸۰، ۹۷۹۰، ۹۸۰۰، ۹۸۱۰، ۹۸۲۰، ۹۸۳۰، ۹۸۴۰، ۹۸۵۰، ۹۸۶۰، ۹۸۷۰، ۹۸۸۰، ۹۸۹۰، ۹۹۰۰، ۹۹۱۰، ۹۹۲۰، ۹۹۳۰، ۹۹۴۰، ۹۹۵۰، ۹۹۶۰، ۹۹۷۰، ۹۹۸۰، ۹۹۹۰، ۱۰۰۰۰] [DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]
--

- Griffiths
- Halgin & Vitborn
- depression
- anxiety
- early maladaptive schemas
- Najavits, Hyman, Ruglass, Hien & Read
- Jupp & Dalley
- substance use disorder
- Masley, Gillanders, Simpson & Taylor

راس و تیسون^۱، ۲۰۱۷). همراهی اختلالات با پدیده اعتیاد موجب خطر ابتلا به انواع بیماری‌ها، خودکشی، پیچیدگی و درمان ناموفق افراد مبتلا به مواد می‌شود. در این میان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات دارند، زیرا هسته اصلی هویت شخص را شکل می‌دهند (یانگک، کلوسکو و یشار، ۱۳۹۶) و طرحواره‌های حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختلط) به دلیل توجه عمیق به حوزه کاملاً فردی، می‌توانند سهم بالاتری در وابستگی به مواد داشته باشند. با وجود همبستگی مثبت میان طرحواره‌ها و اختلالات، هنوز طرحواره‌ها تنها ۱۸ درصد از واریانس برای پتانسیل علل اعتیاد را تبیین می‌کنند (گرفیتس، ۲۰۱۴). با این حال، تحقیقی در مورد این که آیا بعد از سال‌ها پاکی از مواد مخدر، طرحواره‌ها از شدت‌شان کاسته می‌شود یا خیر وجود ندارد و این که آیا درمان قطعی وجود دارد، هنوز جای چالش است. برای حل مشکلات افراد وابسته به مواد یکی از درمان‌های جدید طرحواره‌درمانی می‌باشد. این درمان تلفیقی از راهبردهای مداخلات شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری^۲ است و رویکردی ساختارمند و سازمان یافته است که با مدل‌های درمانی دیگر مانند رویکردهای شناختی، گشتالت^۳، روابط شیء^۴، روان‌کاوی و سازنده گرایی همپوشانی دارد و در عین حال با هیچ رویکرد درمانی به طور کامل مطابقت ندارد (فارل، ریس و شاو، ۱۳۹۵).

طرحواره‌درمانی بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل باورها، حالت‌های طرحواره و نقش آن‌ها در حفظ و نگهداری علائم و نگرانی‌ها متمرکز است و این حالت‌ها نشان‌دهنده وضعیت عاطفی فعلی فرد است که در یک لحظه معین فعال می‌شوند (تیلور، بی و هادوک، ۲۰۱۷، بال و یانگ^۵، ۲۰۰۰) معتقدند که نه تنها باورهای شناختی و فرض‌ها، بلکه فرآیندهای عاطفی و ارتباطی و ساختارهای حافظه‌ای ناکارآمد نیز پس از سال‌ها حفظ می‌شوند و در شرایط خاص بروز می‌کنند. در همین راستا، نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که افرادی که دچار افسردگی مزمن هستند، حتی پس از کنترل شدت

1. Prior, Mills, Ross & Teesson
2. Young, weishaar & Klasko
3. breaking behavioral
4. geshtalt

5. object relations
6. Farrell, Reiss & Shaw
7. Bee & Haddock
8. Ball & Young

افسردگی و نشانه‌های اختلال، باورهای ناکارآمد و خودآیند منفی آن‌ها ناسازگارانه است و در نتیجه افسردگی در گذر زمان افزایش پیدا می‌کند و می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی منفی به همراه بیاورد (بیلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوزوئیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ تیلور و همکاران، ۲۰۱۷؛ تاپیا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸؛ بلک، دابسون، شپتیکی و دراپئو^۴، ۲۰۱۶؛ نجاویتس و همکاران، ۲۰۱۷).

افرادی که سوءصرف مواد دارند دو برابر بیشتر از افراد عادی دچار اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌شوند و اختلال افسردگی اساسی^۵ از شایع‌ترین اختلال خلقی در بین این افراد می‌باشد (لای، کلیری، سیتارتان و هانت^۶، ۲۰۱۵). اولsson، کوپر، نوگنت و رید^۷ (۲۰۱۶) و روپر، دیکسون، تینول، بوث و مک‌گویر^۸ (۲۰۱۰) اعتقاد دارند در موارد پیچیده و مزمن، اختلالات خلقی و اضطرابی باشد زیادی در افراد وابسته به مواد با هم همراه هستند. همچنین، نتایج پژوهش دیکسون، لی، گراتز و تول^۹ (۲۰۱۸)؛ مالوجیانوس^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۴) و رنر^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهند که در میان افراد مضطرب مصرف کننده مواد، اختلال خواب مشهود است و گاه نگرانی‌های شناختی بیشتر شده و در موارد مزمن هم اختلالات عمیق خواب وجود دارد و در نتیجه باعث افزایش افسردگی، ناهمگنی و عود افراد مبتلا به اختلال سوءصرف مواد می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد ریشه عود این افراد را باید در سازه‌هایی مانند باورهای ناکارآمد و شبکهای مقابله و تربیت ناصحیح جستجو کرد که البته نقش طرحواره‌های ناکارآمد شاید ملموس‌تر باشد. یانگ و ماتیلا^{۱۲} (۲۰۰۲) در مدل نظری خود عنوان می‌کنند زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند فرد فکر می‌کند آدم شکست خورده‌ای است (باور مرکزی) و در نتیجه حالات شدیدی از ناامنی به وجود می‌آید (ذهنیت‌های طرحواره‌ای^{۱۳}) و فرد برای فرار از درد و

۳۰۲
302

۱. Lai, Cleary, Sitharthan & Hunt
۲. Dozois
۳. Tapia
۴. Blake, Dobson, Sheptycki &
Drapeau
۵. major depressive disorder
۶. Olsson, Cooper, Nugent & Reid
۷. Roper, Dickson, Tinwell, Booth &
McGuire
۸. Dixon, Lee, Gratz & Tull
۹. Malogiannis
۱۰. Renner
۱۱. Mattila
۱۲. schema mode

رنج به سمت رفتارهای ناسازگارانه، تحریف‌های شناختی و الگوهای زندگی خود آسیب‌رسان کشیده می‌شوند (مثل مصرف مواد به صورت تفتی) و موقتاً آرام می‌شود (تقویت منفی). بنابراین، تمایلش برای تکرار آن عمل بیشتر می‌شود و جزء الگوهای رفتاری او می‌شود ولذا این روش را برای همیشه در زندگی ادامه می‌دهد. این الگو نیازمند شکستن و اصلاح است و تا زمانی که این چرخه منفی ادامه دارد، امید به ترک ییهوده است. طبق نظریه یانگ و ماتیلا (۲۰۰۲)، پاسخ‌های اجتنابی در برابر هیجان‌های منفی از جمله عوامل موثر در سبب‌شناصی، تداوم و عود افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌باشند. افرادی که الكل مصرف می‌کنند بیشتر از سبک اجتنابی استفاده می‌کنند، حتی نتایج یافته‌های شوری، اندرسون و استوارت^۱ (۲۰۱۳) و شوری، اندرسون، استوارت و استرانگ^۲ (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که همسران افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد نیز دارای الگوهای منفی و پایدار شناختی و رفتاری در تعامل با جهان بیرونی هستند. در این میان، افراد افسرده به خاطر احساسات منفی‌شان، مدام خودشان را سرزنش می‌کنند و هر چه زودتر می‌خواهند از شر این احساسات خلاص شوند و در نتیجه اولین فکری که به سرشان می‌زند (اعطاف‌پذیری شناختی کم) این است که خوردن مشروب یا مصرف مواد می‌تواند آنها را آرام کند (لیهی، تیرچ و ملونی^۳، ۲۰۱۲) و به این طریق باعث تداوم و حفظ طرحواره‌ها می‌شوند. بنابراین، مشخص است که این افراد سطوح مختلفی از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را دارند و طرحواره‌درمانی ممکن است در درمان این اختلال موثر باشد.

تکنیک‌های طرحواره‌درمانی بر روی دو راهبرد زیربنایی استوار است که از آن به عنوان قلب طرحواره‌درمانی یاد می‌شود که شامل باز والدینی حد و مرز دار^۴ و رویاسازی همدلانه^۵ است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). رابطه عاطفی بادوام کودک و والد نقش بزرگی در سلامت شرایط روانی دارد که گاه این رابطه در افراد وابسته به مواد درست انجام نشده است در کنار آن احساس نزدیکی و همدلی با یک مراقب که پناهگاه امن روانی باشد، در فرآیند تحول نبوده است که در طرحواره‌درمانی این موارد مورد توجه

1. Shorey, Anderson & Stuart
2. Strong
3. Leahy, Tirch & Melwani

4. limited reparenting
5. empathic confrontation

۳۰۴

304

۱۴۰۰: جلد ۱۵، شماره ۶۰، سالنامه ۲۰۲۱
[Vol. 15, No. 60, Sannar 2021]

جدی است. تاثیر طرحواره‌درمانی در حل مشکلات پیچیده روانی در پژوهش‌ها و یافته‌های امروزی به تایید رسیده است و در موقعیت‌ها و شرایطی که یک اضطراب یا افسردگی به عنوان نشانه یا علت یک اختلال مشخص می‌شود، نقش درمانی این روش نیز وارد شده و اثربخش عمل کرده است. اما در بررسی منابع و یافته‌ها مشخص شد که به تاثیر طرحواره‌درمانی بر وابستگی به مواد کمتر اشاره شده است و در تحقیقات داخلی هم کمتر به این مهم توجه شده است. طرحواره‌درمانی می‌تواند در کنار سایر تکنیک‌های درمانی به حل مشکل افراد وابسته به مواد کمک مهمی نماید و نشانگان اضطراب و افسردگی را در آنان تقلیل دهد. در بین طرحواره‌های ناکارآمد، به نظر حوزه دوم یعنی حوزه خودگردانی و عملکرد مختلط در وابستگی به مواد نقش فعالی دارند. این حوزه شامل چهار طرحواره وابستگی / بی کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، خود تحول‌نیافته / گرفتار و شکست است. در این طرحواره‌ها فرد نمی‌تواند مسئولیت‌های روزمره را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران، در حد قابل قبولی انجام دهد و ترس افراطی از این که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و فکر این که فرد نمی‌تواند از آن جلوگیری کند، بر او غالب است. فرد فکر می‌کند وجودش در دیگران ادغام شده و هویت جداگانه‌ای ندارد و باعث احساس پوچی و سردرگمی و تردید می‌شود. ضمناً فرد باور به این دارد که من شکست خواهم خورد و خود را ناموفق و ناتوان ارزیابی خواهد کرد (یانگ و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، این طرحواره‌ها به نظر زمینه‌ساز وابستگی به مواد در افراد مستعد است که البته می‌توان با کمک تکنیک‌های طرحواره‌درمانی اثر آن‌ها را تعدیل کرد. تکنیک‌ها در طرحواره‌درمانی متنوع هستند و هر کدام قسمتی یا کل سیستم طرحواره را مورد هدف درمانی قرار می‌دهند و یافته‌های پژوهشی (کوکرام، دراموند و لی، ۲۰۱۰) نیز در تاثیر طرحواره‌درمانی نشان می‌دهد که ترکیب جلسات گروهی و انفرادی منجر به بهره‌وری و موفقیت‌های درمانی و تسهیل فرآیند آن می‌شود. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا اجرای طرحواره‌درمانی به صورت فردی و گروهی بر میزان افسردگی،

اضطراب و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

یکی از مسائل اصلی در افراد وابسته به مواد همسان نبودن شرایط افراد برای قرارگرفتن در یک گروه است، لذا در پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی تک موردی^۱ با روش خط پایه چندگانه^۲ ABA استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد (صرفاً تریاک) مراجعت کننده به مراکز ترک اعتیاد و سایر مراکز درمانی شهرستان رزن (واقع در استان همدان) در سال ۱۳۹۸ بود که تصمیم به ترک مواد گرفته بودند و دوره ترک را سپری می‌کردند. در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۹ نفر با اختلال مصرف مواد (تریاک) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: جنسیت مرد، مصرف صرفاً تریاک و در زمان انجام پژوهش قطعه مصرف، سن بالای ۱۸ سال و میزان تحصیلات سیکل و بالاتر. معیارهای خروج عبارت بودند از: لغزش در طی دوره پژوهش، غیبت در سه جلسه و بیشتر، عدم انجام تکالیف محوله و بی‌میلی به ادامه درمان. بنابراین، در ادامه ۳ نفر از آزمودنی‌ها از مسیر درمان خارج شدند که یکی به دلیل عود و دومی و سومی به دلیل عدم انجام تکالیف درمانی و بی‌میلی از پژوهش خارج شدند و در نهایت پژوهش با ۶ نفر به پایان رسید.

ابزار

۱- پرسشنامه طرحواره یانگ^۳: جهت شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه‌ای که توسط یانگ^(۲۰۰۳) طراحی شده، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۹۰ گویه است که برای سنجش طرحواره‌های ناکارآمد اولیه استفاده می‌شود. در این پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود با استفاده از یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای میزان موافقت خود را با هر ماده مشخص کنند. شیوه امتیازدهی به پاسخ‌ها به این صورت

1. single case experimental design
2. multiple baseline

3. Young Schema Questionnaire (YSQ)

است که به پاسخ کاملاً غلط=نموده یک، تقریباً غلط=نموده دو، متوسط=نموده سه، اندکی درست=نموده چهار، تقریباً درست=نموده پنج و کاملاً درست=نموده شش داده می‌شود. افراد با نمرات بین ۱۰ تا ۹ طرحواره ناکارآمد ندارد. در نمرات بین ۱۰ تا ۱۴ ممکن است گاهی اوقات طرحواره فرد را در گیر نماید. نمره بین ۱۵ تا ۱۹ باعث مشکلاتی برای فرد می‌گردد. نمره بین ۲۰ تا ۲۴ یکی از طرحواره‌های مهم زندگی فرد است. نمره بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقاً یکی از طرحواره‌های اصلی فرد است. این پرسشنامه هجدۀ طرحواره رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص، انزواج اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، آسیب‌پذیری به ضرر، خود تحول‌نیافته، شکست، اطاعت، فداکاری، معیارهای سخت‌گیرانه، بازداری هیجانی، استحقاق، خودانضباطی ضعیف، پذیرش جویی، منفی‌گرایی و تنبیه را ارزیابی می‌کند که در این پژوهش ضمن اجرای کامل پرسشنامه، فقط طرحواره‌های حوزه دوم مد نظر بود. غیاثی، مولوی، نشاط دوست و صلواتی (۱۳۹۰) ساختار عاملی این پرسشنامه را در دو گروه بالینی و غیر بالینی در شهر تهران بررسی کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0.94$ ، میزان حساسیت تبیینی $0.51 / 0.60$ تا $0.60 / 0.64$ و میزان روایی همزمان $0.64 / 0.60$ برای عامل‌های استخراج شده به دست آمد (غیاثی و همکاران، ۱۳۹۰). در مجموع، این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی مناسب برای سنجش طرحواره‌های ناکارآمد است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انطباق دارد. این پرسشنامه ۲۱ گروه جمله دارد که هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. مجموع نمرات می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. این ابزار رایج‌ترین شیوه خودگزارشی افسردگی است. ضریب پایایی پرسشنامه افسردگی بک $0.93 / 0.93$ می‌باشد که نشان از پایایی مطلوب آن است. پایایی بازآزمایی یک هفت‌های آن $0.93 / 0.93$ و همسانی درونی آن نیز $0.91 / 0.91$ گزارش شده است (بک، ۲۰۰۵، به نقل از حمیدی و همکاران، ۱۳۹۴). ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک

و مقیاس هامیلتون در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش شده است. همچنین، همبستگی سوالات مقیاس افسردگی بک از ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و کل سوالات ۰/۹۳ گزارش شده است (یارمحمدی واصل، ۱۳۹۱).

۳- پرسشنامه اضطراب بک^۱: پرسشنامه اضطراب بک به منظور سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علایم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. آزمودنی‌ها جهت پاسخ‌گیری، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلاح (۰) خفیف (۱) متوسط (۲) و شدید (۳) است. بدین ترتیب، نمره فرد از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بین ۰ تا ۷ هیچ یا کمترین؛ نمره بین ۸ تا ۱۵ خفیف؛ نمره بین ۱۶ تا ۲۵ متوسط و نمره بین ۲۶ تا ۶۳ شدید می‌باشد (بک، اپستین، براون و استیر، ۱۹۸۸). در مطالعه کاویانی و موسوی (۱۳۸۷)، این آزمون دارای ضریب روایی ۰/۷۲ و ضریب پایایی ۰/۸۳ بود و ضریب روایی و پایایی آن مطلوب بود. بنابراین، این ابزار خودگزارش‌دهی قابلیت استفاده در پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی را دارا می‌باشد.

روش اجرا

جهت اجرای این طرح از دو روش گروهی و فردی استفاده شد. بدین صورت که طرحواره درمانی در ۱۵ جلسه به صورت تلفیقی از گروه درمانی (۰ دقیقه) و انفرادی (۴۵ دقیقه) در هر هفته یک جلسه اجرا شد. جلسه‌های هفتگی گروهی (گروه درمانی) از ساعت نه تا یازده شب (مشغله کاری گروه) وابسته به مواد اجازه انجام آموزش گروهی در روز رانمی‌داد) شنبه هر هفته در یک مرکز درمانی اجرا شده و جلسه انفرادی هر روز با دو مراجع از ساعت دوازده تا ساعت دو در همان مکان اجرا شد. جلسه‌های گروهی ۱۵ جلسه و جلسه‌های انفرادی برای هر فرد هم ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. طرح درمانی این جلسه‌ها بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) برای حل مشکلات اضطرابی

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)

2. Beck, Epstein, Brown & Steer

و افسردهگی و همچنین قواعد گروه درمانی با محوریت درمان طرحواره‌ای اجرا شد. موضوع جلسه‌های اول تا چهارم شامل ارزیابی اولیه (پیش‌آزمون) سنجش مشکلات، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و فرمول‌بندی هر فرد بود. موضوع جلسه‌های پنجم تا نهم شامل آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بود. موضوع جلسه‌های دهم تا دوازدهم آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره‌درمانی و موضوع جلسه‌های سیزدهم تا پانزدهم هم پیرامون چگونگی رهاسازی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و در نهایت ارزیابی تاثیر درمان (پس‌آزمون) بود. البته لازم به توضیح است که پرسشنامه‌ها در چهار نوبت، جلسه اول، در حین جلسات (پنجم، دهم) و در آخر درمان (جلسه پانزدهم) برای هر نفر آزمودنی اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی اس اس تحلیل شدند.

یافته‌ها

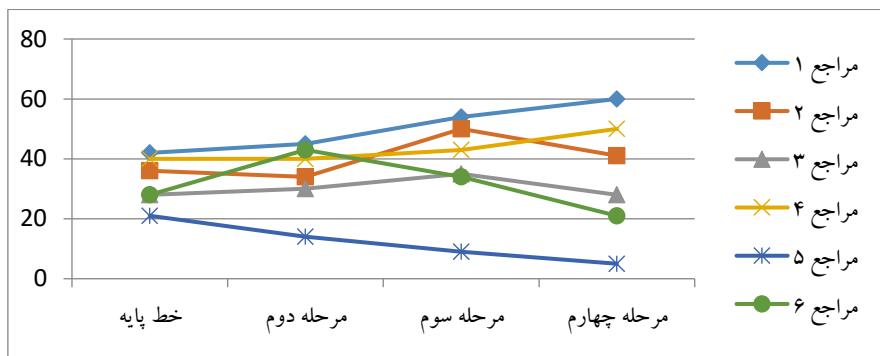
جهت تحلیل داده‌ها در روش ABA، از ترسیم نمودار تغییرات استفاده شد و درصد تغییرات گزارش شد. در این پژوهش اندازه گیری در چهار هفته اول (خط پایه)، هفته پنجم (مرحله دوم)، هفته دهم (مرحله سوم) و هفته پانزدهم (مرحله چهارم) برای افراد نمونه انجام شد که برای هر سوال پژوهشی ابتدا نمودار براساس ABA رسم شد و در ادامه هم گزارش شد. البته لازم به توضیح است که در این طرح‌ها گزارش در قالب نمودار هم کفایت می‌کند. تاثیر طرح‌واره درمانی بر افسردگی در جداول ۱ و ۲ و همچنین نمودار ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: تأثیر طرحواره درمانی بر افسردگی

میزان بیبودی	مراحل درمانی					مراجع
	مرحله آخر	مرحله دوم	مرحله اول	خط پایه		
-۴۲/۸۶	۶۰	۵۴	۴۵	۴۲	۱	مراجع ۱
-۱۳/۸۹	۴۱	۵۰	۳۴	۳۶	۲	مراجع ۲
۰	۲۸	۳۵	۳۰	۲۸	۳	مراجع ۳
-۲۵	۵۰	۴۳	۴۰	۴۰	۴	مراجع ۴
۷۶/۱۹	۵	۹	۱۴	۲۱	۵	مراجع ۵
۲۵	۲۱	۳۴	۴۳	۲۸	۶	مراجع ۶

با توجه به جدول ۱ میزان بهبودی افسردگی مراجع پنجم ۷۶ درصد و مراجع ششم

درصد بود.



نمودار ۱ تاثیر طرحواره‌درمانی را در کاهش عالیم افسردگی در فرد پنجم را کاملاً به صورت کاهشی و در فرد ششم با نوسان در مرحله دوم و سپس کاهشی، و در فرد سوم در انتها به صورت کاهشی نشان می‌دهد و در باقی افراد تغییرات افسردگی سیر نزولی نداشته است. بنابراین، نمودارها در بخشی از افراد مورد مطالعه کاهش نمرات افسردگی را نشان می‌دهند.

جدول ۲: نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی

آماره	آثر درون‌گروهی	آزمودن	متغیرهای آزادی	متغیرهای معناداری	درجه
گرینهوس-	هونه و	-	فلدت	دامنه پایین تر	گرینهوس-
گریزر					گریزر
۰/۳۳	۰/۷۱	۰/۰۵۲	۰/۰۲۲	۵	۷/۱۸
طرحواره‌درمانی	۰/۱۵				

با توجه به مقادیر موجود در جدول ۲ و عدم معناداری آزمون مداخلی، کروویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح $0/05$ معنادار نبود و در نتیجه نیازی به استفاده از سایر آزمون‌های اصلاح‌گر نیست. نتایج اثر درون‌گروهی در ادامه جدول ۲ نشان داد که طرحواره‌درمانی بر افسردگی اثر معناداری نداشته است ($p=0/25$) و در نتیجه روند تغییرات افسردگی به لحاظ آماری معنادار نبود.

ادامه جدول ۲: نتایج آزمون درون‌گروهی برای افسردگی بر اساس طرحواره‌درمانی

منبع	کرویت	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	F معناداری
گروه	گرینهوس-گریزر	۱۵۱/۶۷	۳	۵۰/۵۶	۱/۵۴ ۰/۲۵
هوینه و فلدت		۱۵۱/۶۷	۱/۵۵	۹۷/۸۶	۱/۵۴ ۰/۲۷
دامنه پایین تر		۱۵۱/۶۷	۲/۱۲	۷۱/۷۰	۱/۵۴ ۰/۲۶
		۱۵۱/۶۷	۱	۱۵۱/۶۷	۱/۵۴ ۰/۲۷

تأثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب افراد وابسته به مواد در جداول ۳ و ۴ و نمودار ۲ ارائه شده است.

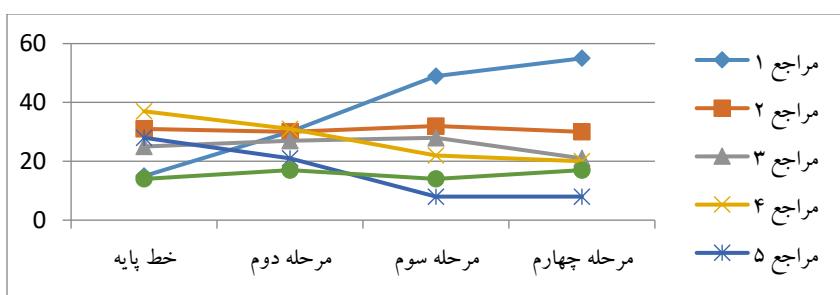
جدول ۳: تأثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب افراد وابسته به مواد

میزان بهبودی	مراحل درمانی					مراجع
	خط پایه	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله آخر	مراحل درمانی	
-۲۶/۶۷	۱۵	۳۰	۴۹	۵۵	-۲۶/۶۷	۱
۳/۲۳	۳۱	۳۰	۳۲	۳۰	۳/۲۳	۲
۱۶	۲۵	۲۷	۲۸	۲۱	۱۶	۳
۴۵/۹۵	۳۷	۳۱	۲۲	۲۰	۴۵/۹۵	۴
۷۱/۴۳	۲۸	۲۱	۸	۸	۷۱/۴۳	۵
-۲۱/۴۳	۱۴	۱۷	۱۴	۱۷	-۲۱/۴۳	۶

۳۱۰
310

با توجه به جدول ۳، میزان بهبودی از اضطراب در مراجع دوم ۳/۲۳ درصد، در مراجع سوم ۱۶ درصد، در مراجع چهارم ۴۵/۹۵ درصد و در مراجع پنجم ۷۱/۴۳ درصد بوده است که نشانگر کاهش نزولی اضطراب این افراد در ۴ مرحله درمانی است.

۱. Vol. 15, No. 60, Summer 2021
۲. Vol. 15, No. 60, Summer 2021
۳. Vol. 15, No. 60, Summer 2021
۴. Vol. 15, No. 60, Summer 2021
۵. Vol. 15, No. 60, Summer 2021



نمودار ۲: تأثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب

نمودار ۲ تاثیر طرحواره درمانی را در کاهش عالیم اضطراب در فرد پنجم را کاملا به صورت کاهشی، در فرد چهارم هم به صورت کاهشی با شبکه کم، در فرد سوم در انتهای به صورت کاهشی نشان می دهد. در فرد شماره دوم با اندکی تغییر کاهشی و باقی افراد تغییرات اضطراب سیر نزولی نداشته است. بنابراین، یافته ها حاکی است که طرحواره درمانی منجر به کاهش عالیم اضطراب در مراجعان دوم، سوم، چهارم و پنجم شده است. بنابراین، نمودارها در بخشی از افراد مورد مطالعه کاهش نمرات اضطراب را نشان می دهند.

جدول ۴: نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اضطراب

آماره آثر درون گروهی	آماره مداخلی	درجه	مجذور	معناداری گرینهوس-	هوینه و آزادی	دامنه	آپسیلون
۰/۰۰۸	۱۸/۱۵	۵	۰/۰۰۴	۰/۳۶	۰/۳۸	۰/۳۳	گرینهوس-فلدت پایین تر
طرحواره درمانی							

با توجه به مقادیر موجود در جدول ۴ و معناداری آزمون مداخلی، کروویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح ۰/۰۵ معنادار است که در نتیجه باید از آزمون های اصلاح گر استفاده نمود. با توجه به این که مقدار اپسیلون برای آزمون اصلاح گر گرینهوس و گیسر کمتر از ۰/۷۵ است، از این آزمون برای بررسی فرضیه استفاده می شود. نتایج آثر درون گروهی در ادامه جدول ۴ نشان داد که طرحواره درمانی بر اضطراب اثر معناداری نداشت ($p=0/99$) و در نتیجه، فرضیه صفر تایید می شود و روند تغییرات اضطراب به لحاظ آماری معنادار نبود ($p>0/05$).

ادامه جدول ۴: نتایج آزمون درون گروهی برای اضطراب بواسطه طرحواره درمانی

منبع	مجموع مریعات	درجه آزادی	میانگین مریعات	F	معناداری
درمان کروویت	۱۱/۷۹	۳	۳/۹۳	۰/۰۳	۰/۹۹
گرینهوس-گرینز	۱۱/۷۹	۱/۰۸	۱۰/۹۷	۰/۰۳	۰/۸۷
هوینه و فلدت	۱۱/۷۹	۱/۱۳	۱۰/۴۱	۰/۰۳	۰/۸۹
دامنه پایین تر	۱۱/۷۹	۱	۱۱/۷۹	۰/۰۳	۰/۸۶

تأثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد وابسته به مواد در جداول ۵ تا ۹ و نمودارهای ۳ تا ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: تأثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد وابسته به مواد در مرحله اول و آخر درمان

طرحواره‌ای حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)					مراجع	مرحله
شکست	آسیب‌پذیری	خود تحول نیافته	وابستگی/بی کفايتی	مرحله	اویل	اویل
۲۴	۲۶	۲۵	۳۰			
۱۵	۲۷	۳۰	۲۰			آخر
۲۰	۲۳	۱۸	۱۴	اویل		دوم
۲۳	۲۰	۲۶	۲۴			آخر
۱۷	۱۷	۱۷	۲۰	اویل		سوم
۱۶	۱۶	۱۶	۲۳			آخر
۱۰	۲۵	۲۷	۲۴	اویل		چهارم
۱۵	۲۳	۱۶	۱۲			آخر
۲۱	۷	۱۶	۱۷	اویل		پنجم
۹	۵	۹	۹			آخر
۱۷	۲۶	۲۳	۲۲	اویل		ششم
۱۲	۱۸	۱۶	۱۷			آخر

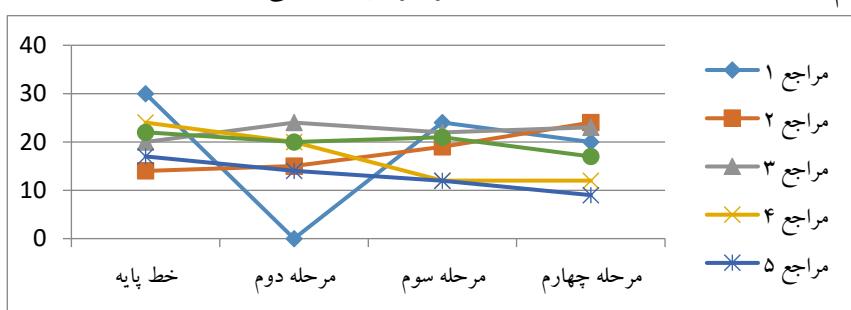
۳۱۲
312

نتایج تحلیل داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در مراجع اویل پس از مداخله، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه وابستگی/بی کفايتی و شکست؛ در مراجع دوم طرحواره‌های ناکارآمد خود تحول نیافته؛ در مراجع سوم طحواره خود تحول نیافته؛ در مراجع چهارم طرحواره‌های ناکارآمد وابستگی/بی کفايتی، آسیب‌پذیری و خود تحول نیافته؛ در مراجع پنجم در تمام طرحواره‌های ناکارآمد؛ و در مراجع ششم تمام طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بهبود یافته‌اند که در نمودارها و جداول زیر نوع تغییرات و درصد بهبودی به تفکیک هر طرحواره مشخص است.

جدول ۶: تعیین میزان بهبودی طرحواره وابستگی/بی کفایتی

میزان بهبودی	مراحل درمانی					مراجع
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	خط پایه	
۳۳/۳۳	۲۰	۲۴	۰	۳۰	۳۰	۱
-۷۱/۴۳	۲۴	۱۹	۱۵	۱۴	۱۴	۲
-۱۵	۲۳	۲۲	۲۴	۲۰	۲۰	۳
۵۰	۱۲	۱۲	۲۰	۲۴	۲۴	۴
۴۷/۰۶	۹	۱۲	۱۴	۱۷	۱۷	۵
۲۲/۷۳	۱۷	۲۱	۲۰	۲۲	۲۲	۶

با توجه به نتایج جدول ۶، درصد بهبودی طرحواره وابستگی/بی کفایتی در مراجع اول ۳۳/۳۳ درصد، در مراجع چهارم ۵۰ درصد، در مراجع پنجم ۴۷/۰۶ درصد و در مراجع ششم ۲۲/۷۳ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره درمانی است.

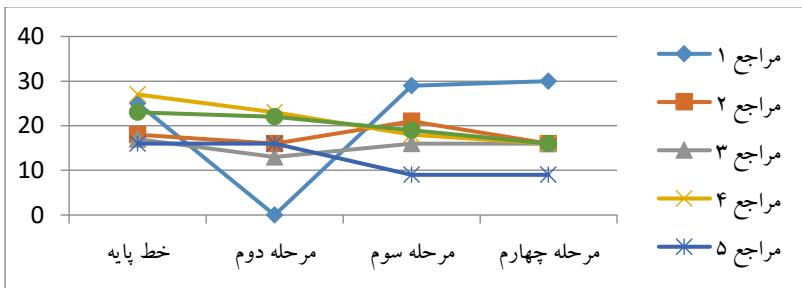


نمودار ۳: روند بهبودی طرحواره وابستگی/بی کفایتی

جدول ۷: تعیین میزان بهبودی طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری

میزان بهبودی	مراحل درمانی					مراجع
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	خط پایه	
-۲۰	۳۰	۲۹	۰	۲۵	۲۵	۱
۱۱/۱۱	۱۶	۲۱	۱۶	۱۸	۱۸	۲
۵/۸۸	۱۶	۱۶	۱۳	۱۷	۱۷	۳
۴۰/۷۴	۱۶	۱۸	۲۳	۲۷	۲۷	۴
۴۳/۷۵	۹	۹	۱۶	۱۶	۱۶	۵
۳۰/۴۳	۱۶	۱۹	۲۲	۲۳	۲۳	۶

با توجه به نتایج درصد بهبودی در جدول ۷، طرحواره آسیب‌پذیری به ضرر در مراجع دوم ۱۱/۱۱ درصد، در مراجع سوم ۵/۸۸ درصد، در مراجع چهارم ۴۰/۷۴ درصد، در مراجع پنجم ۴۳/۷۵ درصد و در مراجع ششم ۳۰/۴۳ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.



نمودار ۴: روند بهبودی طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر با بیماری

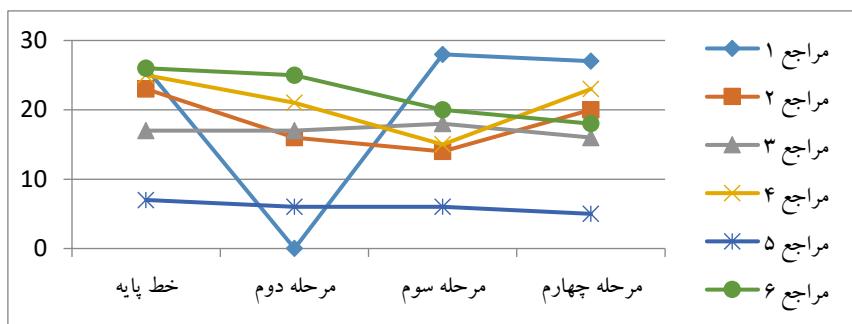
جدول ۸: تعیین میزان بهبودی طرحواره خود تحول نیافته/گرفتار

میزان بهبودی	مراحل درمانی					مراجع
	مرحله چهارم	مرحله سوم	مرحله دوم	خط پایه	مرحله	
-۳/۸۵	۲۷	۲۸	۰	۲۶	۱	مراجع ۱
۱۳/۰۴	۲۰	۱۴	۱۶	۲۳	۲	مراجع ۲
۵/۸۸	۱۶	۱۸	۱۷	۱۷	۳	مراجع ۳
۸	۲۳	۱۵	۲۱	۲۵	۴	مراجع ۴
۲۸/۵۷	۵	۶	۶	۷	۵	مراجع ۵
۳۰/۷۷	۱۸	۲۰	۲۵	۲۶	۶	مراجع ۶

۳۱۴
314

۱۴۰۰، ۱۵، ۰۶، SUMMER ۲۰۲۱
Vol. 15, No. 6, SUMMER 2021

با توجه به نتایج درصد بهبودی در جدول ۸، طرحواره خود تحول نیافته در مراجع دوم ۱۳/۰۴ درصد، در مراجع سوم ۵/۸۸ درصد، در مراجع چهارم ۸ درصد، در مراجع پنجم ۲۸/۵۷ درصد و در مراجع ششم ۳۰/۷۷ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.

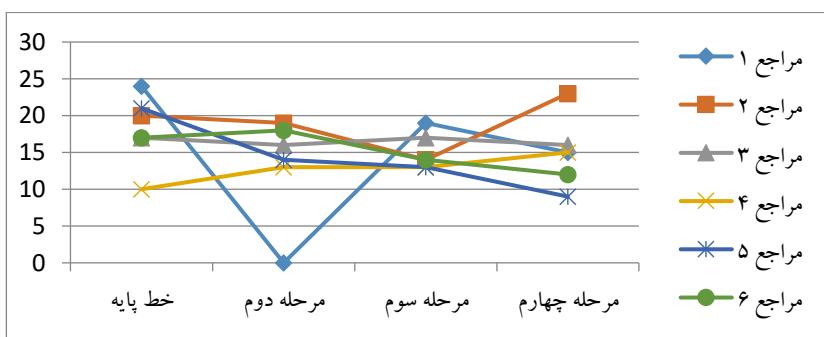


نمودار ۵: روند بھبودی طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار

جدول ۹: تعیین میزان بھبودی طرحواره شکست

میزان بھبودی	مراحل درمانی					مراجع
	مرحله چهارم	مرحله سوم	مرحله دوم	خط پایه		
۳۷/۵۰	۱۵	۱۹	۰	۲۴	۱	مراجع ۱
-۱۵	۲۳	۱۴	۱۹	۲۰	۲	مراجع ۲
۵/۸۸	۱۶	۱۷	۱۶	۱۷	۳	مراجع ۳
-۵۰	۱۵	۱۳	۱۳	۱۰	۴	مراجع ۴
۵۷/۱۴	۹	۱۳	۱۴	۲۱	۵	مراجع ۵
۲۹/۴۱	۱۲	۱۴	۱۸	۱۷	۶	مراجع ۶

با توجه به نتایج درصد بھبودی در جدول ۹، طرحواره شکست در مراجع اول ۳۷/۵۰ در مراجع سوم ۵/۸۸، در مراجع پنجم ۵۷/۱۴، در مراجع ششم ۲۹/۴۱ است که نشان دهنده تاثیر طرحواره درمانی است.



نمودار ۶: روند بھبودی طرحواره شکست

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد افراد وابسته به مواد (تریاک) به روش ABA انجام شد. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر افسردگی مراجعان پنجم و ششم موثر بود. همچنین، تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که در مراجع اول پس از مداخله، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه وابستگی/بی‌کفایتی و شکست، در مراجع دوم طرحواره‌های ناکارآمد خود تحول نیافته، در مراجع سوم طرحواره خود تحول نیافته، در مراجع چهارم طرحواره‌های ناکارآمد وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری و خود تحول نیافته، در مراجع پنجم در تمام طرحواره‌های ناکارآمد و در مراجع ششم تمام طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بهبود یافته و درصد بهبودی به تفکیک هر طرحواره ملموس بود. تغییر دادن طرحواره‌ها بسیار سخت و طاقت‌فرسا است و در صورت همکاری مراجع این امکان می‌سرمی‌شود و بعد از تغییر آن، قاعده‌تا سبک زندگی و رفتار و باورهای میانجی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد و چون اضطراب و افسردگی تابع سبک‌ها هستند. بنابراین، تغییر در آن‌ها هم امکان‌پذیر خواهد شد. همخوان با نتایج این پژوهش، می‌توان به تحقیقات یانگ و ماتیلا (۲۰۰۲)، کوکرام و همکاران (۲۰۱۰)، نجاویتس و همکاران (۲۰۱۷)، مالوجیانوس و همکاران (۲۰۱۴) و رنر و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد. درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد که هیچ دارو یا قرص مخدری (متادون و غیره) را مصرف نمی‌کنند، پژوهش‌های تجربی صورت نگرفته است و به نظر می‌رسد این افراد بعد از گذراندن دوره سم‌زدایی به حال خود رها می‌شوند و تا زمانی که طرحواره‌های ناکارآمد در آن‌ها وجود دارد، روش‌های معمول درمان وابستگی پاسخگو نیست و ضریب تاثیر کمی خواهند داشت. نکته مهم در پژوهش حاضر این بود که علی‌رغم فشاری که تمام مراجعین در طول درمان تحمل کردند و با وجود داشتن طرحواره‌ها و اختلالات، ماده مخدری را تا آخر درمان مصرف نکردند و کاملاً خود را متعهد به درمان نگه داشتند. در فرآیند بحث در خصوص طرحواره‌ها مکاشفه درونی آن‌ها برایشان لذت‌بخش بود و این امر به تلاش آن‌ها جهت می‌داد و لذا در بررسی انجام شده

۳۱۶

316

۱۴۰۰: ۱۵، ۰۶، سالیانه ۲۰۲۱

افسردگی و اضطراب در بخشی از نمونه تغییر کامل داشته است و در برخی از مراجعان تغییر محسوسی مشاهده نشد و به نظر اضطراب و افسردگی آن‌ها صرفاً دیرینه بود و مشکلات بین فردی زیادی با خانواده و محیط را تجربه کرده بودند. نکته دیگر این که هنوز جامعه پذیرای افراد وابسته به مواد نیست و در گفتوگوهای آن اشاره داشتند و لذا درمان افسردگی و اضطراب به روش‌ها و تکنیک‌های دیگری نیاز داشت که جزء اهداف پژوهش نبود.

همچنین، در تاثیر طرحواره درمانی بر مشکلات روان‌شناختی می‌توان به تحقیقات میرآبی، حسنی، گلشنی و کشاورزی ارشدی (۱۳۹۹)؛ تاپیا و همکاران (۲۰۱۸)؛ شوری و همکاران (۲۰۱۳)؛ تیلور و همکاران (۲۰۱۷) و بال و یانگ (۲۰۰۰) اشاره کرد. در تبیین نتایج یافته‌های فوق می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به ویژه طرحواره‌های حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختلط) نقش مهمی در وابستگی به مواد دارند و باعث تداوم سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌شوند. مشکل اصلی فرد وابسته ناتوانی در مدیریت خویش است و بنابراین طرحواره‌های وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، خود تحول‌نیافه و شکست به تشدید مشکلات فرد می‌انجامد و حتی روابط بین فردی آن‌ها را مختلط می‌کند، بنابراین نمی‌توانند با دیگران دلبستگی‌های ایمنی برقرار کنند، چون اعتقاد دارند که نیازهای اصلی ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر آن‌ها برآورده نخواهد شد. بسیاری از آن‌ها دوران کودکی سختی داشته‌اند و به نیازهای اساسی دست نیافته‌اند و اغلب بیشترین آسیب را دیده‌اند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و لذا طرحواره‌های ناکارآمدی را در خویش پرورانده‌اند. به طور مثال، طرحواره وابستگی در فرد این باور را بوجود می‌آورد که من آدم ارزشمند و دوست داشتنی نیستم و دیگران هم فکر می‌کنند که من آدم بی‌ارزشی هستم و لذا اگر به دیگران وابسته شوم، ارزشمند خواهم شد و بالطبع هیجان‌های معمول این فرد احساس تنها‌یی، غمگینی، ترس، افسردگی و اضطراب (احساس ناامنی) است و برای فرار از این درد اغلب دست به اجتناب در بعد شناختی، عاطفی و رفتاری می‌زند و رفتارهایی چون چسیدن به دیگران ناسالم را تجربه می‌کند و افکاری مانند من خوب نمی‌شوم، من آدم بدرد نخوری ام، من نمی‌توانم فضای امن را تجربه کنم

را نشخوار می‌کند و یکی از راه‌های خلاصی از این افکار، پناه بردن به مواد مخدر است که نتیجه این رفتارها دوباره همان تایید باور مرکزی در مورد خودش می‌باشد. این چرخه معیوب، دائم در زندگی این فرد تکرار می‌شود و نتیجه این فرآیند ناسالم، ابتلا و تداوم افسردگی، اضطراب و اجبار به مصرف انواع مواد مخدر می‌شود. البته طرحواره وابستگی/بی کفایتی با طرحواره‌های دیگر نیز در ارتباط است. بنابراین، می‌توان فرض کرد که باورهای مرکزی با هم در ارتباط هستند که مصدق عینی آن ارتباط بین طرحواره وابستگی/بی کفایتی با رهاشدگی است که در این صورت بیمار معتقد است اگر دیگران او را تنها بگذارند، نمی‌توانند به زندگی خود ادامه دهد. ریشه تحولی این طرحواره در فرد؛ اعتیاد و افسردگی والدین، ترومahuای دوران کودکی مانند دعوای بین پدر و مادر، مقایسه نادرست، فحاشی، کتک کاری، طلاق یا فوت والدین، سوء استفاده جسمی و جنسی، سرزنش، و برچسب زدن (تو بد رد نمی‌خوری) و واکنش نامناسب والدین نسبت به نیازهای هیجانی و خلق و خوی کودک و همچنین الگوگیری از والدین می‌باشد. در رویکرد طرحواره‌درمانی برای جلوگیری از عود مجدد اختلال، با کمک بیمار به شناسایی و آموزش در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آن‌ها با مصرف مواد پرداخته می‌شود و به بیمار توضیح داده می‌شود که چگونه طرحواره‌ها باعث ایجاد اختلال و سپس مصرف مواد شده است و برای هر بیمار مفهوم‌سازی موردی ارائه می‌شود که این امر نرخ بهبودی را افزایش می‌دهد (یانگ و ماتیلا، ۲۰۰۲).

همچنین، نتایج تحلیل نشان داد که در زمینه اضطراب و افسردگی، اثر تکنیک‌های درمان با هم تفاوت داشتند. در مرحله اول بعد از اجراء تکنیک‌های شناختی اکثر مراجعین روند بهبودی خوبی داشته‌اند. نمودار افسردگی و اضطراب هم حالت کاهشی داشت که مطابق با یافته‌های رنر و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد که بیان می‌کنند بیماران با به کارگیری تکنیک‌های شناختی یاد می‌گیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سوال ببرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، مدل شناختی بر این فرض بنیان‌گذاری شده است که بین حالت خلقی و شناخت رابطه متقابلی وجود دارد (بک، ۱۳۹۵) و تغییر در باورهای مرکزی منفی موجب بهبود همزمان علایم خلقی و

شناختی افسردگی می‌شود، اما این فرآیند تغییر پیچیدگی خاص خود را دارد که این پیچیدگی‌ها ممکن است مربوط به نوع روابط یا تفاوت در روش‌های درمان‌های افسردگی مزمن باشد. بنابراین، نیاز به تحقیقات بیشتری در مورد بررسی مکانیسم‌های تغییر در طرحواره درمانی وجود دارد.

در مرحله دوم و بعد از اجرای تکنیک‌های هیجانی، اکثر مراجعان در نمرات طرحواره‌ها حالت کاهشی داشته‌اند و همین موضوع را می‌توان در نمودار افسردگی و اضطراب نیز مشاهده نمود که این یافته همسو با نتایج تحقیقات مالوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) بود که نشان می‌دهد بیمارانی که با موفقیت این مرحله را گذرانده‌اند، در پایان درمان، افسردگی و اضطراب آن‌ها نیز کاهش داشته است. تکنیک‌های تجربی مشابه توصیف پردازش هیجانی در درمان هیجانی است در جریان اجرا این فرایند، درمانگر به بیمار کمک می‌کند که نیازهای اساسی خود را بشناسد تا بتواند به شیوه سالم‌تری در طول زندگی خود آن‌ها را برآورده سازد (مالوجیانیس و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، تکنیک‌های تجربی (هیجانی) باعث افزایش کارآیی تکنیک‌های درمانی دیگر و همسو شده و بالطبع باعث افزایش نتایج مثبت درمان می‌شود و بیماران می‌توانند با کودک آسیب‌دیده خود ارتباط برقرار کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

در مرحله آخر درمان، بعد از اجرای تکنیک‌های رفتاری، اکثر مراجعین روند رو به بهبودی داشته‌اند. نمودار افسردگی و اضطراب این موضوع کاهشی را نشان می‌دهد. در این مرحله درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی رفتاری را انجام دهد. آن‌ها درباره چگونگی جانشین‌سازی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مشکل‌ساز، به یک جمع‌بندی می‌رسند و بدین ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند. درمانگر در مرحله الگوشکنی، کار را با ساده‌ترین رفتار شروع می‌کند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش جاکوبسون، ساتویک و کاستن^۱ (۲۰۰۱) نشان داد که عنصر رفتاری درمان شناختی بیشترین تاثیر را روی تغییر شدت افسردگی در انتهای درمان

و همچنین دوره پیگیری دارد. طبق دیدگاه یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های افسرده‌ساز یکی از مکانیزم‌های پیچیده‌ای هستند که ارتباطات دو سویه و همزمان بین عاطفه، رفتار و شناخت را در بر می‌گیرند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۰) و لذا تغییر در هر کدام از آن عناصر سه‌گانه منجر به تغییر در دو بعد دیگر می‌شود. بنابراین، طرحواره‌درمانی یک روش موثر جهت کاهش علایم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرآیند تغییر علایم افراد دارای اختلال اضطراب است (حمیدپور، ۱۳۸۸) و باعث تغییر الگوهای رفتاری خودشکن می‌شود.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد کاهش نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد، با کاهش افسردگی و اضطراب آن‌ها رابطه دارد و کاهش افسردگی و اضطراب در برخی مراجعان بیشتر از کاهش نمرات طرحواره‌ها است. کاهش نمرات طرحواره‌ها در مراجعین ۵ و ۶ با کاهش نمرات افسردگی آن‌ها، همچنین کاهش نمرات طرحواره‌ها با کاهش اضطراب در همه مراجعین (به جز مراجعین ۱ و ۶) همراه بود، که مطابق با نتایج تحقیقات مالوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد. در تبیین آن می‌توان گفت که اگرچه در نمرات افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه افزایش را نشان می‌دهد، اما بر اساس یافته‌های سیمون^۱ (۲۰۰۹)، نجاویتس و همکاران (۲۰۱۷)، شوری و همکاران (۲۰۱۳)، شوری و همکاران (۲۰۱۵)، پریور و همکاران (۲۰۱۷) و کوکرام و همکاران (۲۰۱۰) می‌توان این اختلالات را به عنوان صفات شخصیتی اصلی طبقه‌بندی کرد و لذا افزایش فعالیت طرحواره‌ها با نوسانات خلقی و اضطرابی ارتباط دارند و این در اختلالات مزمن حادتر است. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت تلاش برای کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگارانه در افراد وابسته به مواد امکان‌پذیر است، اما در صورت نداشتن تجربه و تبحر درمانگری، می‌تواند آسیب‌زا هم باشد. با این حال، طرحواره‌درمانی به عنوان یک مدل شناختی موثر در این زمینه کارآمد است. بنابراین، توصیه می‌شود که در مراکز ترک اعتیاد ابتدا باورهای ناکارآمد مراجعتان بررسی شود و به صورت تلفیقی از

دارو درمانی و درمان شناختی، به حل مشکل آن‌ها پرداخته شود و شاید بتوان با یک روش دقیق مبتنی بر طرحواره‌درمانی، بخش اصلی مشکلات آن‌ها را تعدیل نمود.

این پژوهش در کنار تاثیرگذاری نسبی بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب و تعديل طرحواره‌های ناکارآمد حوزه دوم مراجuan، با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از این محدودیت‌ها اعتماد به گزارش خود افراد در خصوص عدم مصرف مواد بود و امکان گرفتن آزمایش وجود نداشت. ثانیاً، شرایط خانوادگی و نوع روابط درون خانواده در کنترل پژوهشگر نبود. سوماً، امکان گرفتن کامل تاریخچه تحول روانی افراد از خانواده و دوستان و آشنایان وجود نداشت و فقط به گزارش‌های آن‌ها اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود که اولاً در مراکز ترک اعتیاد طرحواره‌های افراد وابسته به مواد بررسی شود و ثانیاً در شروع درمان آن‌ها، طرحواره‌درمانی روی مراجuan اجرا شود. در کنار آن به روابط بین فردی مراجuan پرداخته شود و در صورت مشاهده مشکل بین فردی، به حل آن اقدام شود. بر اساس نتایج و اثرگذاری درمان‌های روان‌شناختی حضور روانشناس در کنار پزشک در مراکز ترک اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که ساختی انجام این پژوهش را پذیرفتند و متعهدانه دوره درمان را تکمیل کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- بک، جودیت، اس (۱۳۹۵). شناخت‌درمانی مبانی و فراتراز آن. ترجمه لادن فتی و فرهاد فریدحسینی. تهران: دانزه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). مقایسه کارآیی شناخت‌درمانی با طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علایم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرایند تغییر علایم. پایان‌نامه دکتری، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حمیدی، رزگار؛ فکری‌زاده، زهره؛ آزاد بخت، مجتبی؛ گرمارودی، غلامرضا؛ طاهری تنجانی، پریسا؛ فتحی‌زاده، شادی و قیسوندی، الهام (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) در سالمندان ایرانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۲(۱)، ۱۹۸-۱۸۹.

خیرآبادی، هادی؛ جاجرمی، محمود و بخشیپور، ابوالفضل (۱۳۹۹). مدل یابی ارتباط استرس و سوءمصرف مواد با مانعه‌گری معنای زندگی. *فصلنامه اعتمادیه و همی*، ۵۷(۱۴)، ۷۲-۵۷.

غیاثی، مهناز؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر و صلوتی، مژگان (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در شهر تهران. دستاوردهای روان‌شناسی، ۱۸(۱)، ۱۱۸-۹۳.

فارل، جان؛ ریس، نیل و شاو، ایدا (۱۳۹۵). راهنمای بالینی طرحواره درمانی. ترجمه مریم هدایتی و عادله صمیمی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).

کاویانی، حسین و موسوی، اشرفالسادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنگی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پژوهشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲(۶۶)، ۱۴۰-۱۳۶.

میرآبی، تامارا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کشاورزی ارشدی، فرناز (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان فراتشخصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتقادی و هوی*، ۱۴(۵۷)، ۹۴-۷۳.

هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی. ترجمه سید محمدی، نشر و دان: تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).

یارمحمدی واصل، مسیب (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بیهویت اختلال افسردگی اساسی عودکننده. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*, ۱۲(۳)، ۴۸-۲۱.

یانگ، جفری؛ ریزو، لارنس؛ تویت، پیتر و استین، دان (۱۳۹۴). طرحواره های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روان شناختی: راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران. ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

یانگ، جفری؛ کلوسکو، زانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۶). طرحواره درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهران دوزن. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

References

- Baillie, A. J., Stapinski, L., Crome, E., Morley, K., Sannibale, C., Haber, P., & Teesson, M. (2010). Some new directions for research on psychological interventions for comorbid anxiety and substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 518-524.

Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

- Blake, E., Dobson, K. S., Sheptycki, A. R., & Drapeau, M. (2016). The relationship between depression severity and cognitive errors. *American Journal of Psychotherapy*, 70(2), 203-221.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(3), 165-182.
- Dozois, D. J., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078-1088.
- Griffiths, M. D. (2014). Early maladaptive schemas in development of addictive disorders as parts of the complex addiction jigsaw. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 3(3), e16746.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Jupp, B., & Dalley, J. W. (2014). Behavioral endophenotypes of drug addiction: etiological insights from neuroimaging studies. *Neuropharmacology*, 76, 487-497.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
- Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 9-15.
- Leahy, R. L., Tirch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.
- Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A., & Read, J. P. (2017). *Substance use disorder and trauma*. APA Handbook of Trauma Psychology.
- Olsson, K. L., Cooper, R. L., Nugent, W. R., & Reid, R. C. (2016). Addressing negative affect in substance use relapse prevention. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 2-14.

۳۲۲
۳۲۳

پژوهش‌های شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

- Prior, K., Mills, K., Ross, J., & Teesson, M. (2017). Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug and Alcohol Review*, 36(3), 317-324.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 169-179.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., Anderson, S., & Strong, D. R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 912-922.
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 10-14.
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(2), 199-205.
- Young, J. E., & Mattila, D. E. (2007). *Schema-focused therapy for depression*. Depression: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments, New York: Springer, 2007, 291-313.
- Young, J. (2003). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

۳۲۴
324

۱۴۰۰: ۱۵، ۶۰، سالنامه پژوهشی علمی پژوهی