

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون*

علی اکبر نخعی شامحمود^۱، علی عرب^۲، علی فرنام^۳

The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schema of traditional and industrial addicts under methadone treatment

Ali Akbar Nakhaee Shamahmood¹, Ali Arab², Ali Farnam³

چکیده

زمینه: پژوهش‌های زیادی به اثربخشی طرحواره درمانی فردی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده مواد سنتی و صنعتی اشاره کرده است اما در زمینه گروه درمان‌گری مصرف‌کنندگان تحت درمان متادون در شهر بیرجند شکاف تحقیقی وجود دارد. **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان سنتی و صنعتی در شهر بیرجند بوده است. **روش:** روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بوده است. جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران تحت درمان مرکز ترک اعتیاد امید فردا، زیر نظر سازمان بهزیستی بوده است. از میان بیماران حاضر در این مرکز ۴۵ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند که بر اساس نمونه در دسترس انتخاب و در سه گروه جایگزین شدند؛ مصرف‌کنندگان مواد سنتی (۱۵ نفر)، گروه مصرف‌کنندگان مواد صنعتی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). ابزار گردآوری این داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرم کوتاه (یانگ، ۱۹۹۴) و ۸ جلسه آموزش طرحواره درمانگری (از پکیج طرحواره درمانگری غلامرضایی و طهرانچی، ۱۳۹۵). تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک تحلیل کواریانس انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثر طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادار بوده است ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** استفاده از طرحواره درمانی گروهی می‌تواند سبب بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون شود. **واژه کلیدها:** طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معتادان سنتی و صنعتی

Background: Much research has pointed to the effectiveness of individualized schema therapy on early maladaptive schemas of traditional and industrial drug users, but there is a research gap in the methadone treatment group in Birjand. **Aims:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas of traditional and industrial drug addicts in Birjand city. **Method:** Patients were treated at the Omide Farda Addiction Treatment Center. Among the patients present at the center, 45 met the inclusion criteria and were selected based on the available sample and replaced in three groups, Traditional drug users (n = 15), industrial drug users (n = 15) and control group (n = 15). The tools for collecting this data were Yang Short Form (1994) early maladaptive schema questionnaire. Data were analyzed using covariance analysis. Experimental groups received 8 sessions of Schema Therapy training from Gholamrezaie and Tehranchi Therapy Scheme (2016) and Tehranchi (2016). **Results:** The results showed that the effect of group schema therapy on the improvement of early maladaptive schemas was significant ($p < 0/05$). **Conclusions:** Using group schema therapy can improve the early maladaptive schemas of traditional and industrial methadone drug users. **Key Words:** Schema therapy, early maladaptive schemas, traditional and industrial

Corresponding Author: Aliarab@edpsy.usb.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

^۱ Ph.D Student of Department of Educational Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran (Corresponding Author)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

مقدمه

را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند. در این مدل درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طحوااره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می‌کنند (یانگ، کولسکو و ویشار، ۱۳۹۱). طحوااره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری و در ناسازگاری بین زوجین استفاده شده است و باعث بهبود بیماران و مشکلاتشان شده است (سپرتگویی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کلوگ، ۲۰۱۲؛ هاوکه و پروونچر، ۲۰۱۱؛ کارتر و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیهاری، دیکمن و جون، ۲۰۱۳؛ هاپود و توماس، ۲۰۱۴؛ آقایی، کهرزائی و فرنام، ۱۳۹۸). رویکرد طحوااره محور، وابستگی به مواد فعال را به‌عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند و فعال شدن طحوااره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عوامل مهم در افزایش عود مجدد وابستگی به مواد در میان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی می‌داند. این رویکرد فرض می‌کند که استفاده از مواد مخدر می‌تواند رفتاری ناشی از ابراز مستقیم فعالیت طحوااره‌های استحقاق و خویش‌داری ناکافی یا فعالیت طحوااره‌های ایثار، پذیرش‌جویی و اطاعت باشد (بال و یانگ، ۲۰۰۰؛ نقل از تاجیک زاده، زارع، نظیری و افشاری، ۱۳۹۴). شوری، اندرسون و استوارت (۲۰۱۲)، یانگ (۲۰۰۳)، بال، مک کارلی، لاپاگلیا و اوسترووسکی (۲۰۱۱) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مؤثری از جمله طحوااره درمانی و شناخت درمانی به کاهش طحوااره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد مبتلا به سوء‌مصرف الکل کمک می‌کند. قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که طحوااره درمانی گروهی در مقایسه با گروه کنترل، به طور معنادار باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طحوااره‌های ناسازگار اولیه یانگ شده است. کافی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود اثربخشی طحوااره درمانی را در کاهش طحوااره‌های ناسازگار اولیه بیماران با سابقه تزریق و رفتار پرخطر

سوء‌مصرف مواد^۱، یکی از مهمترین معضلات جوامع است که به شکل جهانی در آمده است. این معضل، زندگی میلیون‌ها نفر را در سراسر دنیا ویران کرده و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۹). اختلالات سوء‌مصرف مواد^۳ از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل ناهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی اجتماعی ناشی می‌شود و می‌تواند در اثر مصرف الکل^۴، مواد افیونی^۵، حشیش^۶، مت‌آفتامین‌ها^۷، کوکائین^۸ و غیره به وجود آمده و به شکل وابستگی^۹ و سوء‌مصرف خود را نشان دهد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۹) علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که بر اساس آن فرد به‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل^{۱۰}، محرومیت^{۱۱} و رفتار اجباری^{۱۲} برای مصرف می‌شود. مطابق با این تعریف سوء‌مصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می‌شود، درحالی‌که وابستگی وقتی ایجاد می‌شود که فرد به صورت اجباری و غیرقابل کنترل^{۱۳} به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک^{۱۴} را نشان می‌دهد (اسدی، امیری و پورکمالی، ۱۳۸۹).

با توجه به رشد روزافزون گرایش به انواع مواد مخدر و نیز بنا بر تأثیر مخرب این مواد بر شخصیت و ساختار فیزیکی فرد معتاد، ضرورت شناسایی و ارائه خدمات درمانی به منظور پیشگیری و درمان این قشر از جامعه بیش‌ازپیش احساس می‌شود. در این راستا در سال‌های اخیر، اقدامات فراوانی برای درمان بیماری اعتیاد صورت گرفته؛ ولی متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های فراوان، آمار لغزش و رها کردن درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان، زیاد است. طحوااره درمانی^{۱۵}، یکی از درمان‌های نوین است که به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها

9. Dependency

10. Tolerance

11. Deprivation

12. Forced Behavior

13. uncontrollable

14. Withdrawal symptoms

15. Schema Therapy

1. Drug abuse

2. American Psychiatric Association

3. Substance abuse disorders

4. Alcohol

5. opiates

6. cannabis

7. Methamphetamine

8. Cocaine

به مدت یک ساعت برای این افراد اجرا شد. جلسات گروه درمانی طبق روند زیر صورت گرفت.

جلسه اول: آشنایی اعضای دو گروه آزمایش (مصرف کنندگان مواد سنتی و صنعتی) با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات

جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات آزمودنی‌ها

جلسه سوم: آموزش درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی به آزمودنی‌ها

جلسه چهارم: تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تأکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت‌زدایی منظم

جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره‌های ذهنی

جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و حذف طرحواره‌های ناسازگار

جلسه هفتم: مسئولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید
جلسه هشتم: مروری بر تغییرات ایجاد شده.

برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۹) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس نکات زیر در مورد آزمودنی‌ها رعایت شد:

- احترام به اصل رازداری مراجعان
- داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش
- ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام آزمودنی‌های شرکت‌کننده
- ذکر نشدن نام آزمودنی و استفاده از کد شناساننده
- کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش
- امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از پژوهش

همچنین داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه طرحواره یانگ - فرم کوتاه (۱۹۹۴) استفاده شد. این پرسشنامه خود گزارشی ۷۵ آیتمی است که جهت ارزیابی ۱۵ خرده مقیاس تهیه شده است. شامل: ۱. محرومیت

جنسی مورد بررسی و تأیید قرار داد. نتایج پژوهش همتی ثابت، نوایی - نژاد و خلعتیری (۱۳۹۵) هم نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح شده و شواهد پژوهشی موجود و از آنجا که توجه بیشتر به وضعیت روانی معتادان و شناخت وضعیت روانی آنها جهت برنامه‌ریزی برای درمان جامع و علمی ضروری است؛ پژوهش حاضر سعی دارد تا ضمن شناسایی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون، اثربخشی طرحواره درمانی را که درمانی نویدبخش در زمینه اختلالات مزمنی همچون وابستگی به مواد است، نیز مورد بررسی و سنجش قرار دهد. ب به دیگر سخن، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال که آیا طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون تأثیر گذار است؟ انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش

طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه معتادین تحت درمان مرکز ترک اعتیاد امید فردا شهر بیرجند که زیر نظر سازمان بهزیستی استان خراسان جنوبی فعالیت داشتند، تشکیل داد. از بین معتادین تحت درمان ۴۵ نفر که شرط ورود به پژوهش حاضر (سکونت در بیرجند، عدم مصرف مواد مخدر در حین درمان، سواد حداقلی دیپلم و تأهل) را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. یک گروه مصرف‌کنندگان مواد سنتی (۱۵ نفر)، یک گروه مصرف‌کنندگان مواد صنعتی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). پس از اخذ مجوز از مراجع مربوطه، برای انجام پژوهش مراحل زیر انجام شد: ۱. تدوین برنامه و آماده‌سازی ابزار مناسب سنجش، ۲. نمونه‌گیری برای تعیین دو گروه آزمایش و کنترل به صورت در دسترس و داوطلبانه، ۳. اجرای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل، ۴. در این پژوهش منظور از آموزش طرحواره درمانی؛ تعداد ۸ جلسه گروه‌درمانی غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۵) و طهرانچی (۱۳۹۵) است که به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه

به منظور بررسی نقش طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون؛ از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی می‌باشد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون و بررسی پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است.

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از این است که سطح معناداری آماره‌ی F چند متغیره‌ی آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کمتر است. است بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده مشاهده می‌شود که بین تمام مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز محرومیت هیجانی، اینثار، معیارهای سرسختانه و استحقاق در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر است و بنابراین طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.

هیجانی ۲. رهاشدگی ۳. بی‌اعتمادی / بدرفتاری ۴. انزوای اجتماعی / بیگانگی ۵. نقص / شرم ۶. شکست ۷. وابستگی / بی‌کفایتی ۸. آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری ۹. خود تحول نایافته / گرفتار ۱۰. اطاعت ۱۱. اینثار ۱۲. بازداری هیجانی ۱۳. معیارهای سرسختانه ۱۴. استحقاق ۱۵. خویشن‌داری / خود انضباطی ناکافی. پاسخ به هر آیتم بر روی مقیاس ۶ درج‌های صورت می‌گیرد؛ ۱= در مورد من کاملاً غلط است (کاملاً غلط) تا ۶= کاملاً من را درک می‌کند (کاملاً درست). نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگارانه بیشتر در فرد می‌باشد. هنجاریابی این آزمون در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. همچنین پایایی این آزمون در پژوهش شریفی (۱۳۹۱)، توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش شده است. برای خرده مقیاس‌های آن نیز ضریب آلفای کرونباخ محرومیت هیجانی، ۰/۸۷؛ رهاشدگی، ۰/۸۶؛ بی‌اعتمادی / بدرفتاری، ۰/۷۸؛ انزوای اجتماعی / بیگانگی، ۰/۶۵؛ نقص / شرم، ۰/۶۹؛ شکست، ۰/۶۸؛ وابستگی / بی‌کفایتی، ۰/۷۳؛ آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، ۰/۶۵؛ خود تحول نایافته / گرفتار، ۰/۷۴؛ اطاعت، ۰/۷۳؛ اینثار، ۰/۷۵؛ بازداری هیجانی، ۰/۶۶؛ معیارهای سرسختانه، ۰/۷۶؛ استحقاق، ۰/۸۲؛ خویشن‌داری / خود انضباطی ناکافی، ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۵ نفر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار برای متغیر سن به ترتیب ۳۰/۸۰ و ۷/۴۱ بود و لحاظ شغل، بیشترین افراد (۳۶ نفر) شغل آزاد داشتند. همچنین اکثر شرکت‌کنندگان (۱۸ نفر) بدون فرزند بوده و نیز ۳۹ نفر از مجموع کل افراد با هم زندگی می‌کنند و ۴ نفر نیز طلاق گرفته‌اند. بیشترین افراد (۳۰ نفر) سابقه ترک اعتیاد داشتند و میانگین و انحراف معیار برای متغیر مدت زمان مصرف به ترتیب ۸/۲۱ و ۶/۷۳ سال می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره استفاده شد.

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد؛ اما نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش بیشتری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون (سنتی)		پیش‌آزمون (صنعتی)		پس‌آزمون (سنتی)		پس‌آزمون (صنعتی)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	محرومیت هیجانی	۲۰/۴۰	۶/۶۲	۱۸	۶/۵۶	۱۹/۰۶	۷/۹۵	۱۶/۶۶	۶/۷۹
	رهاشدگی	۲۲/۶۷	۶/۳۸	۲۲/۱۳	۵/۷۵	۲۰/۴۶	۷/۳۴	۱۹/۵۳	۶/۴۹
	بی‌اعتمادی	۲۲/۲۶	۴/۳۰	۱۸/۵۳	۵/۹۱	۲۱/۳۳	۵/۵۸	۱۶/۴۰	۷/۰۹
	انزوای اجتماعی	۱۹/۳۳	۶/۵۶	۱۹	۶/۳۸	۱۶/۹۳	۷/۷۰	۱۵/۶۰	۶/۷۶
	نقص	۱۶	۵/۵۴	۱۵/۰۶	۵/۲۹	۱۳/۷۳	۵/۷۳	۱۲/۴۶	۶/۴۷
	شکست‌خورده	۱۷/۲۰	۶/۲۲	۱۵/۶۰	۴/۷۷	۱۵/۲۰	۷/۴۶	۱۱/۶۶	۶/۱۳
	بی‌کفایتی	۱۸/۶۰	۵/۹۰	۱۴/۴۰	۵/۲۸	۱۶/۳۳	۷/۱۶	۱۱/۶۰	۶/۶۴
	آسیب‌پذیری	۱۸/۶۰	۶/۰۳	۱۷/۸۶	۶/۵۴	۱۶/۶۰	۶/۵۷	۱۴/۴۶	۷/۸۸
	گرفتار	۲۰/۶۶	۴/۸۷	۱۸/۷۳	۵/۲۹	۱۹	۶/۰۴	۱۶/۱۳	۵/۹۱
	اطاعت	۱۶/۷۳	۵/۶۸	۱۵/۸۶	۵/۷۴	۱۴/۴۰	۷/۲۴	۱۴/۴۰	۶/۶۳
	ایثار	۱۹/۸۰	۵/۴۶	۲۲/۷۳	۴/۱۸	۱۹/۱۳	۶/۵۸	۲۱/۴۰	۴/۸۸
	بازداری هیجانی	۱۸/۲۰	۵/۷۰	۱۷/۹۳	۶/۳۴	۱۷/۰۶	۷	۱۵/۶۰	۷/۶۴
	معیارهای سرسختانه	۲۰/۲۶	۶/۵۱	۲۱/۴۰	۵/۰۹	۱۸/۸۶	۷/۹۹	۱۹/۸۰	۵/۷۷
	استحقاق	۱۹/۷۳	۷/۰۶	۲۲/۸۶	۵/۳۹	۱۷/۴۰	۷/۸۶	۲۰/۶۷	۶/۴۵
کنترل	خود انضباطی ناکافی	۱۸/۹۳	۵/۷۱	۱۷/۳۳	۵/۱۵	۱۷/۵۳	۷/۳۲	۱۴/۶۶	۶/۲۴
	محرومیت هیجانی	۱۶/۲۱	۶/۷۸	۱۶/۲۱	۶/۷۸	۱۵/۱۳	۶/۵۳	۱۵/۱۳	۶/۵۳
	رهاشدگی	۱۹/۶۷	۵/۷۶	۱۹/۶۷	۵/۷۶	۱۹/۲۰	۵/۶۰	۱۹/۲۰	۵/۶۰
	بی‌اعتمادی	۱۸/۶۷	۱/۸۴	۱۸/۶۷	۱/۸۴	۱۸/۷۳	۶/۰۲	۱۸/۷۳	۶/۰۲
	انزوای اجتماعی	۱۷	۶/۵۳	۱۷	۶/۵۳	۱۷/۸۶	۶/۱۱	۱۷/۸۶	۶/۱۱
	نقص	۱۳/۷۳	۵/۳۱	۱۳/۷۳	۵/۳۱	۱۳/۶۰	۵/۵۷	۱۳/۶۰	۵/۵۷
	شکست‌خورده	۱۳/۶۳	۵/۴۴	۱۳/۶۳	۵/۴۴	۱۳/۳۳	۵/۳۱	۱۳/۳۳	۵/۳۱
	بی‌کفایتی	۱۳/۷۸	۵/۸۱	۱۳/۷۸	۵/۸۱	۱۳/۱۳	۵/۶۱	۱۳/۱۳	۵/۶۱
	آسیب‌پذیری	۱۵/۲۰	۷/۰۷	۱۵/۲۰	۷/۰۷	۱۶/۱۳	۶/۹۹	۱۶/۱۳	۶/۹۹
	گرفتار	۱۷/۲۰	۴/۷۳	۱۷/۲۰	۴/۷۳	۱۶/۲۰	۵/۲۵	۱۶/۲۰	۵/۲۵
	اطاعت	۱۴/۷۳	۵/۶۸	۱۴/۷۳	۵/۶۸	۱۳/۸۶	۵/۸۷	۱۳/۸۶	۵/۸۷
	ایثار	۲۱/۴۶	۴/۰۸	۲۱/۴۶	۴/۰۸	۲۱/۳۳	۳/۹۴	۲۱/۳۳	۳/۹۴
	بازداری هیجانی	۱۶/۸۷	۶/۰۵	۱۶/۸۷	۶/۰۵	۱۶/۴۶	۶/۱۵	۱۶/۴۶	۶/۱۵
	معیارهای سرسختانه	۲۰/۶۰	۵/۱۴	۲۰/۶۰	۵/۱۴	۱۹/۹۳	۵/۱۱	۱۹/۹۳	۵/۱۱
استحقاق	۲۲/۱۳	۵/۲۸	۲۲/۱۳	۵/۲۸	۲۲/۰۶	۵/۵۹	۲۲/۰۶	۵/۵۹	
خود انضباطی ناکافی	۱۶/۴۰	۴/۹۲	۱۶/۴۰	۴/۹۲	۱۵/۶۷	۵/۳۵	۱۵/۶۷	۵/۳۵	

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلای	۱/۵۶	۳۰	۲۸	۳/۳۷	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۰۲	۳۰	۲۶	۵/۹۲	۰/۰۰۰
	هتلینگ	۲۴/۶۶	۳۰	۲۴	۹/۸۶	۰/۰۰۰
	روی	۲۳/۱۲	۱۵	۱۴	۲۱/۵۷	۰/۰۰۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل						
منبع	متغیر	نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	محرومیت هیجانی	۴/۲۸	۲	۲/۱۴	۱/۲۲	۰/۳۱
	رهاشدگی	۶۱/۳۸	۲	۳۰/۶۹	۸/۸۱	۰/۰۰۱
	بی‌اعتمادی	۳۹/۸۵	۲	۱۹/۹۲	۱۶/۷۸	۰/۰۰۱
	انزوای اجتماعی	۱۳۰/۷۴	۲	۶۵/۳۷	۳۶/۳۱	۰/۰۰۱
	نقص	۵۰/۹۰	۲	۲۵/۴۵	۱۹/۲۲	۰/۰۰۱
	شکست خورده	۱۷۰/۹۲	۲	۸۵/۴۶	۶۱/۷۲	۰/۰۰۱
	بی‌کفایتی	۱۶۹/۳۹	۲	۸۴/۶۹	۵۴/۰۹	۰/۰۰۱
گروه	آسیب‌پذیری	۱۳۱/۲۸	۲	۶۵/۶۴	۲۸/۹۹	۰/۰۰۱
	گرفتار	۲۵/۵۲	۲	۱۲/۷۶	۶/۰۸	۰/۰۰۷
	اطاعت	۳۰/۸۲	۲	۱۵/۴۱	۴/۰۲	۰/۰۳
	اینثار	۵/۶۹	۲	۲/۸۴	۰/۸۹	۰/۴۲
	بازداری هیجانی	۳۱/۵۵	۲	۱۵/۷۸	۶/۰۶	۰/۰۰۷
	معیارهای سرسختانه	۱۱/۷۴	۲	۵/۸۷	۲/۸۴	۰/۰۷
	استحقاق	۵/۷۸	۲	۲/۸۹	۱/۶۷	۰/۲۰
	خود انضباطی ناکافی	۴۱/۴۳	۲	۲۰/۷۱	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱

جدول ۴. آزمون مقایسه‌ای چندگانه			
مؤلفه	گروه ۱	گروه ۲	سطح معناداری
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۸۷
	آزمایش (صنعتی)	کنترل	۰/۱۳
رهاشدگی	آزمایش (صنعتی)	آزمایش سنتی	۰/۳۹
	کنترل	کنترل	۰/۱۳
	کنترل	آزمایش سنتی	۰/۹۲
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۰۱
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۹۲
	آزمایش (صنعتی)	کنترل	۰/۰۰۰
بی‌اعتمادی	آزمایش (صنعتی)	آزمایش سنتی	۰/۰۱
	کنترل	کنترل	۰/۰۰۰
	کنترل	آزمایش سنتی	۰/۰۹
	کنترل	آزمایش صنعتی	۰/۰۴
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۰۹
	آزمایش (سنتی)	کنترل	۰/۰۰۰
انزوای اجتماعی	آزمایش (صنعتی)	آزمایش سنتی	۰/۰۴
	کنترل	کنترل	۰/۰۰۰
	کنترل	آزمایش سنتی	۰/۰۴
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۰۰۱
	آزمایش (سنتی)	آزمایش صنعتی	۰/۰۴
	آزمایش (صنعتی)	کنترل	۰/۰۰۰
نقص	آزمایش (صنعتی)	آزمایش سنتی	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	۰/۰۰۰

جدول ۴. آزمون مقایسه‌ای چند گانه

۰/۹۲	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۰	آزمایش صنعتی		
۰/۹۲	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۰۰۰	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	شکست خورده
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۲۶	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۰	آزمایش صنعتی		
۰/۲۶	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۰۰۰	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	بی کفایتی
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۴۷	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۰	آزمایش صنعتی		
۰/۴۷	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۰۰۰	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	آسیب پذیری
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۵۶	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۰	آزمایش صنعتی		
۰/۵۶	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۰۰۰	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	گرفتار
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۱۱	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۴۸	آزمایش صنعتی		
۰/۱۱	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۲	کنترل		
۰/۴۸	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	اطاعت
۰/۰۰۲	کنترل		
۰/۱۹	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۱	آزمایش صنعتی		
۰/۱۳	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۴۵	کنترل		
۰/۱۳	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	بازداری هیجانی
۰/۰۰۲	کنترل		
۰/۴۵	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۲	آزمایش صنعتی		
۰/۴۹	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	
۰/۰۰۴	کنترل		
۰/۴۹	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	خود انضباطی ناکافی
۰/۰۰۰	کنترل		
۰/۰۰۴	آزمایش سنتی	کنترل	
۰/۰۰۰	آزمایش صنعتی		

دولت آباد (۱۳۹۶)، انتصار فومنی و حیات بخش (۱۳۹۶)، پونده نژادان و جوهری فرد (۱۳۹۶)، قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵)، کافی (۱۳۹۴)، تاجیک زاده، زارع، نظیری و افشاری (۱۳۹۴)، ایل بیکی و همکاران (۱۳۹۴)، هاریس و کورتین (۲۰۱۳)، شوری، اندرسون و استوارت (۲۰۱۲)، بال و همکاران (۲۰۱۱) است.

به عقیده برنشتاین (۲۰۱۵)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه اساساً در ماهیت و طبیعت روابط بین فردی است. هر مرحله تحولی جدید، نیازمند نقش‌ها، مسئولیت‌ها، توقعات شناختی و سازگاری‌های رفتاری است، بنابراین طرحواره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای پیشین با چالش روبرو می‌شود. طرحواره‌هایی که در کنار آمدن با رویدادهای اوایل زندگی بکار رفته‌اند، در برخورد با رویدادهای بعدی زندگی ناکارآمد و گاهی ناسازگارانه هستند؛ بنابراین ممکن است بر روابط بعدی اثر بگذارند و فرد را به لحاظ روانشناختی نسبت به ایجاد آشفتنگی‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد، اختلالات رفتاری، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات روان تنی آسیب‌پذیر سازند (یانگ، ۱۹۹۹؛ نقل از گلسفیدی، نویدی مقدم و منیرپور، ۱۳۹۸). این راستا، طرحواره درمانی یکی از رویکردهای درمانی است که به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. چرا که هدف اولیه - ی این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ و همکاران؛ ۱۳۹۱).

حال با توجه به مطالب مطرح شده، در تبیین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان چنین گفت که طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون فراهم می‌آورد.

جدول ۵. جدول میانگین‌های تعدیل شده در پس آزمون

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
رهاشده‌گی	آزمایش (سنتی)	۱۸/۶۵	۰/۷۴
	آزمایش (صنعتی)	۱۸/۷۶	۰/۵۵
بی‌اعتمادی	کنترل	۲۱/۷۸	۰/۶۱
	آزمایش (سنتی)	۱۸/۰۳	۰/۴۳
انزوای اجتماعی	آزمایش (صنعتی)	۱۶/۹۰	۰/۳۲
	کنترل	۱۹/۴۷	۰/۳۵
نقص	آزمایش (سنتی)	۱۶/۳۳	۰/۵۴
	آزمایش (صنعتی)	۱۴/۷۵	۰/۳۹
شکست‌خورده	کنترل	۱۹/۳۱	۰/۴۴
	آزمایش (سنتی)	۱۲/۳۱	۰/۴۶
بی‌کفایتی	آزمایش (صنعتی)	۱۲/۳۷	۰/۳۴
	کنترل	۱۵/۱۲	۰/۳۷
آسیب‌پذیری	آزمایش (سنتی)	۱۲/۱۸	۰/۴۷
	آزمایش (صنعتی)	۱۱/۴۲	۰/۳۴
گرفتار	کنترل	۱۶/۵۹	۰/۳۸
	آزمایش (سنتی)	۱۱/۶۹	۰/۵۰
اطاعت	آزمایش (صنعتی)	۱۲/۲۱	۰/۳۷
	کنترل	۱۷/۱۶	۰/۴۱
بازداری هیجانی	آزمایش (سنتی)	۱۴/۵۶	۰/۶۰
	آزمایش (صنعتی)	۱۴/۰۶	۰/۴۴
خود انضباطی ناکافی	کنترل	۱۸/۵۸	۰/۴۸
	آزمایش (سنتی)	۱۷/۳۴	۰/۵۷
خود انضباطی ناکافی	آزمایش (صنعتی)	۱۶/۰۱	۰/۴۲
	کنترل	۱۷/۹۷	۰/۴۷
خود انضباطی ناکافی	آزمایش (سنتی)	۱۲/۶۸	۰/۷۸
	آزمایش (صنعتی)	۱۴/۱۵	۰/۵۷
خود انضباطی ناکافی	کنترل	۱۵/۸۲	۰/۶۳
	آزمایش (سنتی)	۱۶/۶۰	۰/۶۴
خود انضباطی ناکافی	آزمایش (صنعتی)	۱۵/۱۷	۰/۴۷
	کنترل	۱۷/۳۵	۰/۵۲
خود انضباطی ناکافی	آزمایش (سنتی)	۱۵/۳۹	۰/۴۴
	آزمایش (صنعتی)	۱۴/۹۵	۰/۳۲
خود انضباطی ناکافی	کنترل	۱۷/۵۱	۰/۳۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است و میانگین نمره گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر کاهش یافت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش سیدهاشمی و همکاران (۱۳۹۷)، اورکی، درتاج و مهدی‌زاده (۱۳۹۷)، روزبهی، رضایی و علیپور

بیماران کمک می‌کنند تا دیدگاهشان را تغییر دهند، زیرا آنها معتقدند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه‌بار کمک می‌کند تا این افراد پیامدهای اعتیاد را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته‌سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند.

طرحواره درمانی همچنین بر طرحواره خویشنداری و خودانضباطی ناکافی در حوزه محدودیت‌های مختل مؤثر بود. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، محدودیت‌های درونی آنها در خصوص احترام متقابل و خویشنداری به اندازه کافی رشد نکرده است. آنها ممکن است در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل داشته باشند. در نتیجه، توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و نمی‌توانند ارضاء نیازهای آنی خود را به خاطر دستیابی به منافع آتی به تأخیر بیندازند. به نظر می‌رسد پرداختن به لزوم همدلی با اعضای گروه و همچنین آموزش آن به اعضا جهت همدلی نشان دادن و گوش کردن به یکدیگر طی جلسات به‌ویژه هنگام برون‌ریزی تجارب منفی اولیه، وضع قوانین گروه مانند سر وقت حاضر شدن، برابری اعضا، ساختارمند کردن جلسات و تعیین چارچوب جلسات و همچنین ارائه تکالیف خانگی باعث کاهش نمرات و بهبودی طرحواره مذکور شده است. راهبردهای شناختی و رفتاری نیز کمک می‌کنند تا این افراد دیدگاه واقع‌بینانه‌ای درباره‌ی خودشان پیدا کنند به گونه‌ای که نقاط ضعف و قوت خود را مدنظر قرار دهند.

در رابطه با اثربخشی مداخله گروهی طرحواره درمانی بر طرحواره بازداری هیجانی در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، می‌توان گفت که تکنیک‌های تجربی از جمله تصویرسازی ذهنی کمک می‌کنند تا معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون بتوانند به هیجان‌هایشان دسترسی یابند. راهبردهای تجربی به بیماران کمک می‌کنند که هیجان‌های ناشناخته‌ی دوران کودکی مثل خشم، محبت یا شادمانی را بشناسند و آنها را ابراز کنند. همچنین می‌توان گفت که برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضا فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه‌های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات

طرحواره درمانی در فرآیند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سؤال 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 بجننگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی نیز هدف قرار دادن این ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است. این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها پردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌هایشان مهیا شود.

در تبیین بهبود طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی شامل طرد / رهاشدگی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص / شرم و شکست در اثر مداخله درمانی طرحواره محور می‌توان به نقش تکنیک‌های شناختی و تجربی اشاره کرد. در نتیجه استفاده از راهبردهای شناختی بیماران یاد می‌گیرند که انتظار غیرواقع‌بینانه خود را مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه بیمار در مورد خودش را تغییر می‌دهند. بیماران شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌هایشان را بیان کرده و بین طرحواره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برای آنها به ارمغان می‌آورد، گفتگویی برقرار می‌کنند.

نتایج پژوهش همچنین حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر همه طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خویشتن تحول نیافته / گرفتار بود. در تبیین اثربخشی این مداخله بر طرحواره‌های این حوزه می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون فراهم کرده است. راهبردهای شناختی به

منابع

- آقایی، احمد؛ کهرآزنی، فرهاد و فرنام، علی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و زوج درمانگری هیجان‌مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طرح‌واره‌های سازش نیافته زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۳ (۱۸)، ۱۳۳-۱۴۲.
- آهی، قاسم (۱۳۸۴). *هنجار یابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 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*، ۱۶ (۴)، ۸۵-۹۳.
- انتصار فومنی، غلامحسین و حیات‌بخش، سحر (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی ناسازگار اولیه یانگ در تغییر الگوهای دلبستگی و افزایش مهارت‌های سازگاری معتادان ساکن مراکز ترک اعتیاد شهرستان تنکابن. *نخستین کنگره ملی دانشجویی پژوهش‌های نوین در روانشناسی شناختی*، گیلان: دانشگاه گیلان.
- ایل‌بیکلی قلعه‌نی، رضا؛ رستمی، مریم و امیدوار، عظیم (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پراشهایی روانی. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۴ (۳)، ۱۱-۱۷.
- اورکی، محمد؛ درتاج، افسانه و مهدی‌زاده، آتوسا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی ناایمن در افراد وابسته به هروئین، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴۶ (۱۲): ۳۷-۶۵.
- پونده‌نژادان، آیه و جوهری‌فرد، رضا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. *سومین کنفرانس ملی هزاره سوم و علوم انسانی*، هرمزگان: دانشگاه پیام نور هرمزگان.
- تاجیک‌زاده، فخری؛ زارع، ایرج؛ نظیری، قاسم و افشاری، رامین (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۷ (۴)، ۲۳-۱.
- ترابی گل‌سفیدی، معصومه؛ نویدی‌مقدم، مسعود و منیرپور، نادر (۱۳۹۸). رابطه روان‌بناهای سازش‌نا یافته اولیه و الگوی پنج‌عاملی شخصیت با میزان تاب‌آوری در پرستاران. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۵ (۱۸)، ۲۵۵-۲۶۲.
- روزبهی، مهران؛ رضایی، علی‌محمد و علی‌پور دولت‌آباد، آزاده (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد

آنی اعضا و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه‌ساز برون‌ریزی هیجانی اعضا شد. راهبردهای شناختی به بیمار کمک می‌کند تا سودمندی‌های هیجانی بودن را بپذیرد و تصمیم بگیرد که علیه طرحواره بجننگد و پیامدهای بروز هیجان‌هایشان را ارزیابی کنند. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، احساسات و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می‌کنند. آنها اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی شده‌ی خود، عمل کنند، ولو به قیمت از دست دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی یا سلامتی.

به طور خلاصه در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که در راستای هدف اصلی طرحواره درمانی این مداخله با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر تعدیل‌کننده اعتیاد، فرصتی برای بهبود و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها فراهم آورده است. به عبارتی دیگر، افراد گروه آزمایش که تحت درمان با متادون و طرحواره درمانی بودند، نسبت به گروه کنترل که تنها درمان با متادون را دریافت کرده بودند، به درمان پاسخ بهتری دادند. این مسئله قابل توجه است؛ چون افراد گروه آزمایش افکار، باورها، طرحواره‌های ناسازگار و بینش خود نسبت به مسائل حال و گذشته را با کمک طرحواره درمانی تغییر دادند و با بهبود دیدگاه خود و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به روند درمان ادامه دادند و پاسخ به درمان در این گروه از گروه کنترل بهتر بود؛ بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است و این مؤید نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر نیز می‌باشد.

هرچند استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و عدم انجام مطالعات پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آید؛ اما با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌ها و مراکز درمانی به منظور بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون دوره‌های مختلف آموزشی طرحواره درمانی برای معتادان برگزار شود.

- cognitive behavior therapy. *Affective Disorders*, 151, 2, 500-505.
- Bernstein, G. A. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 4, 257- 276.
- Hopwood, Ch. J., & Thomas, K. M. (2014). Schema Therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. *Evidence- Based Mental Health Online First*.
- Kellogg, S. (2012). O speaking one's mind: using chairwork dialogues in schema therapy. *The wiley- Blackwell Handbook of Schema Therapy: theory, research, and practice/ edited by Michiel van Vereswijk, Jenny Brocensen, Marjon Nadort*, 197- 208.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Marrie, H. J., & Bekker. (2017). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 3, 426- 447.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). *Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults*. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108-116.
- Young, J. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 123-218.
- تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵ (۳)، ۳۳۹-۳۴۶.
- سیدهاشمی، سیدقاسم؛ یوسفی، رحیم؛ قاسم‌پور، مهین و کلاهی، حامد (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و سنتی. *مجله رویش روانشناسی*، ۷ (۷)، ۱۵۷-۱۷۲.
- غلامرضایی، هادی؛ طهرانچی، بیتا (۱۳۹۵). *درمان طرحواره‌ای سرطان*. تهران: منشور سمیر.
- غلامرضایی، هادی و طهرانچی، بیتا (۱۳۹۵). *درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی*. تهران: سمیر.
- قادری، فرزاد؛ کلاتری، مهرداد و مهربانی، حسینعلی (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۴ (۶)، ۱-۲۸.
- کافی، موسی (۱۳۹۴). تأثیر طرحواره درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران HIV/AIDS با سابقه رفتارهای پرخطر ترزیقی و جنسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.
- همتی ثابت، اکبر؛ نوایی نژاد، شکوه و خلعتیری، جواد (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده مراجعان زن مرکز معاونت بهداشتی درمانی همدان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۳ (۱)، ۲۱-۳۵.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۱). *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، تهران: ارجمند.
- American Psychiatric Association (2019). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5Th ed. Washington, DC: APA.
- Ball, J., Mitchell, P., malhi, G., Skillecorem, A., & smith, M. (2012). schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & NewZealand. journal of psychiatry*, 37(1), 41-55.
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis*, 1199(5), 319- 328.
- Behary, W. T., Dieckmann, E. O., & John, S., (Ed), (2013). *Understanding and treating pathological narcissism*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 337, 285-300.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, Ch. M., & Joyce, P. R. (2013). *Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and*