DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277 Published by Vesnu Publications

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون

آرش قندهاری[1]، اکرم دهقانی[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت بعد روان‌شناختی و شخصیتی افراد در شکل‌گیری اعتیاد و اهمیت درمان‌های شناختی در حین ترک مواد مخدر که امروزه در بیشتر مراکز ترک اعتیاد مورد غفلت قرار گرفته است، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل در مردان تحت درمان با متادون صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان جهت درمان وابستگی به مواد، در بهار سال ۱۳۹۵ بود. یک مرکز به صورت در دسترس برگزیده شد و بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمایش طرحواره درمانی را به مدت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه طرحواره Young (Young Schema Questionnaire یا YSQ-L2) جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از آزمون MANCOVA در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طرحواره درمانی گروهی تأثیر معنی‌داری بر حوزه طرد- بریدگی و خرده مقیاس‌های آن ($P < ۰/۰۰۱$ برای همه موارد) و حوزه خودگردانی- عملکرد مختل و خرده مقیاس‌های آن ($P < ۰/۰۰۱$ برای همه موارد) در مردان تحت درمان با متادون داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که همراه با سایر روش‌های به کار گرفته شده برای کنترل اعتیاد در مراکز ترک، از طرحواره درمانی نیز جهت درمان مشکلات روان‌شناختی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: متادون، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرد- بریدگی، خودگردانی- عملکرد مختل، طرحواره درمانی

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

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

وابستگی به مواد در بیشتر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. این معضل نوعی اختلال چند عاملی سلامت است که اغلب سیری مزمن و عودکننده دارد و با مشکلات انگیزشی و رفتاری شدید همراه می‌باشد (۱) که به شدت بر روی سلامت جسمانی (۲)، روان‌شناختی (۳) و مسایل اجتماعی و مالی تأثیر می‌گذارد (۴). با در نظر گرفتن موارد ذکر شده و با توجه به موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشورهایی همچون پاکستان و افغانستان که از تولیدکنندگان عمده مواد مخدر در جهان به شمار می‌روند و این خود موجب تشدید بازار داخلی مواد مخدر در داخل ایران شده است، سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد، مهم و ضروری می‌باشد (۵) و نیاز به درمان بیش از پیش احساس می‌گردد. درمان‌های دارویی اعتیاد مانند درمان‌های غیر دارویی، تنوع و تعداد بسیاری دارند (۶). یکی از معروف‌ترین و موفق‌ترین روش‌های درمان دارویی، درمان نگهدارنده با متادون است (۷) که علاوه بر پیشگیری از عود مجدد، باعث بهبود کیفیت روانی و جسمانی بیمار می‌شود (۸).

درمان اعتیاد طی چند دهه اخیر دچار تحولات شگرفی شده است که یکی از آن‌ها، تحولات به کارگیری مداخلات روان‌شناختی به خصوص مدل شناختی- رفتاری در افراد وابسته به مواد می‌باشد. با وجود موفقیت‌هایی که درمان شناختی- رفتاری کلاسیک داشته است، برخی پژوهش‌ها به این نتیجه رسیدند که تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت یا کسانی که مشکلات منش شناختی زیربنایی دارند، از درمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک نتیجه نمی‌گیرند. این مسأله به این دلیل است که رفتار درمانی- شناختی کلاسیک مفروضه‌هایی دارد که در مورد بیماران مذکور صدق نمی‌کند (۹). با توجه به مشکلات درمان شناختی کلاسیک، Young و همکاران طرحواره درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به اندازه کافی از رفتار درمانی- شناختی کلاسیک کمکی

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
نویسنده مسؤول: اکرم دهقانی
Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

نمی‌گرفتند، تدوین نمود. طرحواره درمانی، درمان نوین و یکپارچه‌ای می‌باشد که به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناخت- رفتاری کلاسیک بنا شده است. این درمان بر پایه طرحواره‌ها بنا شده است (۹).

طرحواره‌ها عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته می‌باشند و پیکره به نسبت منسجم و پایداری از دانشی را تشکیل می‌دهند که می‌تواند ادراک و ارزیابی‌های بعدی را هدایت نماید (۱۰). طرحواره‌ها در زمینه‌های زیستی و تأثیرات محیطی به وجود می‌آیند و شکل می‌گیرند. به عنوان مثال، طرحواره های معینی در واکنش به روابط اولیه و آغازین کودک با اعضای خانواده شکل می‌گیرد (۱۱) که برخی از طرحواره‌ها به ویژه آن‌هایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل گرفته‌اند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت و مشکلات منش شناختی و بسیاری از اختلالات محور I قرار بگیرند. از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای که Young و همکاران ذکر کردند، طرحواره‌های رهاشدگی- بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی- بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص- شرم و انزوای اجتماعی- بیگانگی می‌باشد که در مجموع در حوزه بریدگی (Disconnection) و طرد (Rejection) قرار می‌گیرند (۹). همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه وابستگی- بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول نیافته- گرفتار و شکست که همگی در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (Mpaired Autonomy and Performance) قرار دارند (۱۲).

بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد- بریدگی قرار می‌گیرد، نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. بیماران و افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد، نمی‌توانند هویت مستقلی در مورد خودشان به دست آورند (۹). تحقیقات نشان داده است که طرحواره‌ها در بیماران غیر بالینی با سوگیری‌های پردازش اطلاعات رابطه دارد. علاوه بر این، ارتباط بین اختلالات شخصیت و طرحواره‌ها در بسیاری از پژوهش‌ها به اثبات رسیده است (۱۳). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی شخصیت ایجاد می نماید و افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد سالم، دارای طرحواره‌های ناسازگار بیشتری می‌باشند (۱۴).

زمانی که طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، منجر به ایجاد انواع مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی و مشکلات منش شناختی و شخصیتی و رفتاری می‌شوند (۱۵). از طرف دیگر، بین خصیصه‌های شخصیتی و سوء مصرف مواد مخدر رابطه وجود دارد (۱۶) و این خصیصه‌ها می‌توانند تا حدودی پیش‌بینی‌کننده اختلالات اعتیادی باشند (۱۷). رویکرد طرحواره محور، وابستگی به مواد فعال را به عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند و فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عامل مهمی در افزایش عود مجدد وابستگی به مواد در میان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی و منش شناختی می‌داند (۱۸). Young و همکاران مطرح کردند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با سوء مصرف مواد ارتباط داشته باشد (۹)؛ چرا که تصور می‌شود سوء مصرف مواد مخدر یکی از راهبردهای کنار آمدن است که افراد شاید آن را برای اجتناب از عواطف منفی به کار می‌گیرند و توسط طرحواره‌های ناسازگار راه‌اندازی می‌شود (۱۹).

با توجه به اهمیت نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه‌های طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل و پاسخ‌های مقابله‌ای در شروع و تداوم اختلالات اعتیادی و همچنین، کمبود پژوهش در خصوص تأثیر طرحواره درمانی در افراد تحت درمان با متادون، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر حوزه‌های طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل و طرحواره‌های ناسازگار هر کدام در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون انجام شد.

روش‌ها

این تحقیق بر حسب هدف، کاربردی بود که به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه شاهد صورت گرفت. جامعه آماری را کلیه مردانی که در بهار سال ۱۳۹۵ جهت درمان سوء مصرف مواد به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای، یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب گردید. سپس از طریق نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر از افراد تحت درمان با متادون بر اساس معیارهای ورود (مرد، متأهل، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال) و خروج [سابقه بیماری جسمی خاص، وجود اختلال بارز بر اساس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان] انتخاب شدند. لازم به ذکر است که در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج مطرح شده به منظور همتاسازی گروه‌ها از نظر عواملی بود که به نظر می‌رسید می‌تواند افراد را متأثر سازد. در نهایت، افراد بر اساس گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و شاهد قرار گرفتند. سپس هر دو گروه وارد مرحله پیش‌آزمون شدند. در این راستا، پرسش‌نامه طرحواره Young Schema Questionnaire (YSQ-L2 یا Young) در اختیار همه آزمودنی‌ها قرار داده شد. پس از انجام مرحله پیش‌آزمون، طرحواره درمانی گروهی برای ۱۵ نفر گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفته‌ای اجرا گردید و گروه شاهد نیز طبق روال مرکز، به درمان نگهدارنده با متادون بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی ادامه دادند. پس از اتمام فرایند درمان، دوباره YSQ-L2 به عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و نمرات ثبت گردید.

فرم کوتاه ۷۵ سؤالی YSQ-L2: برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از فرم کوتاه ۷۵ سؤالی YSQ-L2 که توسط Young و همکاران طراحی شده است و نوعی ابزاری خودگزارش‌دهی می‌باشد، استفاده گردید (۹). در این مقیاس بیمار بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای با دامنه‌ای از نمره ۱ (کاملاً غلط) تا ۶ (کاملاً درست) می‌سنجد. سؤالات پرسش‌نامه بر اساس طرحواره‌ها دسته‌بندی می‌شود. کد ۲ حرفی که پس از چند جمله می‌آید، به درمانگر نشان می‌دهد که این سؤالات مربوط به کدام طرحواره است. با این وجود، اسمی از طرحواره‌ها در پرسش‌نامه ذکر نشده است. حوزه طرد- بریدگی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص و شرم و حوزه خودگردانی- عملکرد مختل نیز متشکل از زیرمقیاس‌های شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری و گرفتار/ خویشتن تحول نایافته است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (۲۰). مقیاس YSQ-L2 در ایران توسط آهی و همکاران در دانشگاه‌های تهران هنجاریابی گردید. بر این اساس، همسانی درونی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در جمعیت مؤنث، ۹۷ درصد و در جمعیت مذکر، ۹۸ درصد گزارش شد (۲۱).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

روند اجرا بدین ترتیب بود که پس از انتخاب نمونـه و گمـارش افـراد در دو گروه آزمایش و شاهد، گروه آزمایش ۱۰ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای طرحـواره درمـانی دریافت کردند. هر ۱۵ نفر در تمامی جلسـات حضـور داشـتند و جلسـات توسـط پژوهشگر با مدرک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرک طرحواره درمانی و مدرک و سابقه فعالیت در زمینه اعتیاد برگزار گردید. شرح جلسات اجـرا شـده در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی Young برای گروه آزمایش

جلسه	اهداف و عنوان	محتوای آموزشی
پیش جلسه	جلسه توجیهی با افراد گروه و تکمیل پیش‌آزمون	معارفه آزمونگر، بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تأکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات، پاسخدهی به سؤالات، تکمیل پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون
اول	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی	تعریف و توضیح طرحواره درمانی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، بیان و توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها
دوم	ادامه آموزش مفاهیم طرحواره درمانی و ایجاد آمادگی جهت سنجش	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها
سوم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها	سنجش طرحواره‌های هر کدام از افراد گروه و دادن بازخورد، بررسی پرسش‌نامه‌های افراد گروه و آشنا کردن آن‌ها با طرحواره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله سنجش در جلسه، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد، اهدای کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید به افراد گروه، تشویق به مطالعه کتاب (بخش مربوط به طرحواره‌های خودشان برای جلسه آینده به عنوان تکلیف خانگی)
چهارم	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها	بررسی تکلیف خانگی، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم‌پیمان شدن با اعضای گروه جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبهه‌شناختی، هیجانی، الگوشکنی رفتاری
پنجم	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی	انجام آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، ارایه تکالیف خانگی
ششم	ادامه فرایند تغییر به وسیله راهبردهای شناختی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه تکمیل فرم‌های ثبت طرحواره، ارایه ی تکلیف خانگی
هفتم	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای تجربی	معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارایه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویرسازی ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارایه تکلیف خانگی با موضوع نوشتن نامه به والدین
هشتم	آغاز فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری
نهم	ادامه فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، انجام تمرینات مربوط به مرحله الگوشکنی رفتاری، ارایه تکلیف خانگی
دهم	جمع‌بندی و مرور مختصر و تکمیل پس‌آزمون	بررسی تمرینات انجام شده، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، پاسخ به سؤالات افراد، تکمیل پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون توسط افراد گروه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

جدول ۲. میانگین نمرات حوزه‌های طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل با زیرمقیاس‌ها

حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار او لیه	زیرمقیاس‌ها	پیش‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)		پس‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	
		آزمایش	شاهد	آزمایش	شاهد
طرد- بریدگی	محرومیت هیجانی	۲۰/۶۰ ± ۵/۲۷	۲۱/۴۲ ± ۴/۹۳	۱۳/۴۰ ± ۴/۱۷	۲۱/۵۳ ± ۴/۹۹
	رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۱۷/۸۰ ± ۶/۶۱	۱۶/۲۶ ± ۵/۱۰	۱۰/۶۶ ± ۳/۶۱	۱۶/۳۳ ± ۵/۶۷
	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۱۶/۲۶ ± ۶/۰۹	۱۷/۲۰ ± ۷/۳۴	۹/۴۶ ± ۳/۷۳	۱۷/۰۶ ± ۷/۲۵
	انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۱۹/۸۶ ± ۶/۳۲	۱۷/۲۶ ± ۷/۲۰	۱۱/۶۰ ± ۳/۹۴	۱۸/۳۳ ± ۸/۴۱
	نقص/ شرم	۷۳/۱۸ ± ۵/۸۳	۱۹/۹۳ ± ۶/۲۹	۱۱/۳۳ ± ۲/۷۴	۱۹/۴۰ ± ۵/۳۹
	کل	۹۳/۲۶ ± ۱/۷۵	۹۱/۲۶ ± ۲/۱۲	۵۶/۴۶ ±۱/۴۳	۹۲/۶۶ ± ۲/۱۰
خودگردانی- عملکرد	شکست	۱۷/۲۰ ± ۵/۴۵	۱۳/۴۶ ± ۷/۰۱	۹/۹۳ ± ۲/۷۶	۱۴/۸۰ ± ۶/۳۶
مختل	وابستگی/ بی‌کفایتی	۱۵/۸۶ ± ۶/۵۵	۱۲/۳۳ ± ۵/۲۵	۹/۱۳ ± ۳/۸۳	۱۲/۵۳ ± ۵/۴۲
	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۲۱/۹۳ ± ۶/۱۴	۱۹/۸۶ ± ۵/۰۸	۱۱/۷۳ ± ۲/۵۴	۱۹/۸۶ ± ۴/۲۵
	خود تحول نیافته گرفتار	۱۵/۵۳ ± ۷/۳۲	۱۳/۷۳ ± ۶/۷۵	۹/۵۳ ± ۳/۹۶	۱۴/۶۰ ± ۶/۱۸
	کل	۷۰/۵۳ ± ۱/۹۱	۵۹/۴۰ ±۱/۹۲	۴۰/۳۳ ± ۲/۶۵	۶۱/۸۰ ± ۰/۳۱

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش، ۳۹/۷۳ سال و میانگین مدت مصرف آن‌ها ۱۲/۱۳ سال بود. در گروه شاهد نیز میانگین سنی ۳۸/۴۴ سال و میانگین مدت مصرف، ۱۳/۳۳ سال گزارش گردید. در هر دو گروه تعداد افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم بیشتر از سایر مدارک تحصیلی بود؛ به این صورت که ۶۰/۰۰ درصد از افراد گروه آزمایش و ۵۳/۳۳ درصد از افراد گروه شاهد را تشکیل داد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وجود نداشت (P = ۰/۴۵۰).

نتایج جدول ۲ نشان داد که در گروه آزمایش و در مرحله پیش‌آزمون، زیرمقیاس محرومیت هیجانی از بالاترین میانگین و زیرمقیاس بی‌اعتمادی از پایین‌ترین میانگین برخوردار بود. میانگین همه زیرمقیاس‌ها در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت چشمگیری داشت، اما در گروه شاهد تفاوت چندانی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد. داده‌های جدول در حوزه خودگردانی– عملکرد مختل نشان دهنده بالاترین میانگین برای زیرمقیاس آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری در گروه آزمایش می‌باشد. در تمامی خرده مقیاس‌ها، تفاوت معنی‌داری در نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایش وجود داشت، اما در گروه شاهد اختلاف زیادی بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نگردید.

برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه طرد- بریدگی، از آزمون MANCOVA استفاده شد. نتایج پیش‌فرض Kolmogorov-Smirnov به تفکیک گروه‌های آزمایش و شاهد در دو حوزه طرد- بریدگی و خودگردانی– عملکرد مختل، نرمال بودن داده‌ها را نشان داد. همچنین، نتایج آزمون Levene نیز حاکی از برابری واریانس‌ها در دو حوزه مذکور بود. همچنین، همسانی همبستگی بین متغیرهای وابسته از طریق آزمون Box's M بررسی گردید و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود.

نتایج آزمون MANCOVA مربوط به تفاضل زیرمقیاس‌های حوزه طرد- بریدگی از لحاظ آماری معنی‌دار بود (جدول ۳). بنابراین، گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های حوزه طرد- بریدگی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های حوزه طرد- بریدگی بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون تأثیر گذاشت (P < ۰/۰۰۱). میزان این تأثیر یا تفاوت، ۸۸ درصد به دست آمد؛ بدین معنی که ۸۸ درصد تفاوت‌ها در پنج زیرمقیاس بعد طرد مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری، ۰/۹۹ بود که بیانگر کفایت حجم نمونه است. همچنین، نتایج مربوط به تفاضل زیرمقیاس‌های حوزه خودگردانی– عملکرد مختل معنی‌دار گزارش شد. بنابراین، دو گروه آزمایش و شاهد حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های حوزه خودگردانی- عملکرد مختل تفاوت معنی‌داری با هم داشتند. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های حوزه عملکرد مختل بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشت (P < ۰/۰۰۱). میزان این تأثیر یا تفاوت، ۸۱ درصد برآورد گردید؛ یعنی ۸۱ درصد تفاوت‌ها در پنج زیرمقیاس بعد عملکرد مختل مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. توان آماری ۰/۹۹ به دست آمد که حاکی از کفایت حجم نمونه می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون MANCOVA زیرمقیاس‌های طرد– بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
بعد طرد- بریدگی	۰/۸۸۴	۲۸/۸۲	۵	۱۹	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۹
بعد خودگردانی– عملکرد مخل	۰/۸۱۱	۲۲/۵۳	۴	۲۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

جدول ۴. نتایج آزمون MANCOVA زیرمقیاس‌های حوزه طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل

اثرات	زیرمقیاس	مرحله	مجموع مجذورات ت	درجه آزادی	میانگین مجذوراتمیانگین	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	طرد- بریدگی	محرومیت هیجانی	۳۹۵/۴۸	۱	۳۹۵/۴۸	۷۲/۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۹۹
		رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۳۴۴/۸۳	۱	۳۴۴/۸۳	۳۳/۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
		بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۳۴۷/۹۲	۱	۳۴۷/۹۲	۲۸/۱۷	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
		انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۴۷۷/۳۵	۱	۴۷۷/۳۵	۲۴/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
		نقص/ شرم	۴۱۰/۲۲	۱	۴۱۰/۲۲	۴۳/۲۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
عضویت گروهی	خودگردانی- عملکرد مختل	شکست	۳۷۱/۵۱	۱	۳۷۱/۵۱	۴۱/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
		وابستگی/ بی‌کفایتی	۱۸۳/۲۷	۱	۱۸۳/۲۷	۱۷/۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۷
		آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۴۸۳/۱۵	۱	۴۸۳/۱۵	۵۴/۲۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
		خود تحول نیافته/ گرفتار	۲۴۴/۵۱	۱	۲۴۴/۵۱	۲۲/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹

بر اساس داده‌های جدول ۴، طرحواره درمانی تأثیر معنی‌داری در دو حوزه طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل و تمامی زیرمقیاس‌های آن‌ها داشت. ضریب تأثیر در تمامی ابعاد بیانگر اندازه اثر بالا و اثربخشی موفقیت‌آمیز طرحواره درمانی بود. همچنین، میزان توان آماری در تمامی ابعاد حکایت از کفایت حجم نمونه داشت.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه طرد- بریدگی و طرحواره‌های مربوط به این حوزه بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر تمامی زیرمقیاس‌های حوزه طرد- بریدگی (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص/ شرم) در افراد تحت درمان با متادون تأثیر داشت. مطالعه‌ای که به طور مستقیم به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر حوزه‌های طرد- بریدگی در افراد تحت درمان با داروی متادون پرداخته باشد، یافت نشد، اما نتایج به دست آمده به صورت غیر مستقیم با یافته‌های تحقیق کاملی و همکاران در زمینه چهار زیرمقیاس محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص/ شرم (۲۲) و همچنین، نتایج پژوهش‌های تاجیک‌زاده و همکاران (۲۳)، صبحی قراملکی و همکاران (۲۴)، افشاری و همکاران (۲۵) و فیروزی و همکاران (۲۶) در زمینه تمام زیرمقیاس‌های مذکور همسو بود.

نتایج حاصل شده به صورت غیر مستقیم با یافته‌های مطالعات Thiel و همکاران (۲۷)، Renner و همکاران (۲۸) و Shorey و همکاران (۳۰، ۲۹، ۱۴) مشابهت داشت. بیماران و افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد- بریدگی قرار می‌گیرد، اغلب نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند و اعتقاد دارند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت و عشق و تعلق خاطر برآورده نشده است و نخواهد شد. به نظر می‌رسد که در افراد مصرف‌کننده، همین نیازها منجر به شروع و تداوم مصرف می‌گردد. به همین دلیل، برقراری رابطه درمانی مناسب در جلسات بر اساس اصول طرحواره درمانی که شامل رؤیاروسازی همدلانه و بازوالدینی حد و مرزدار بود، توانست تأثیر مناسبی بر بهبود طرحواره‌ها و زیرمقیاس‌های این حوزه بگذارد. افراد اغلب با توجه به طرحواره خودشان دیدگاه‌های اغراق‌آمیز و آمیخته به خطا دارند. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره رهاشدگی و بی‌ثباتی دارند، معتقد هستند روابطشان با افراد مهم زندگی ثباتی ندارد و افراد مهم زندگی آن‌ها در کنارشان نمی‌مانند و نمی‌توانند حمایت عاطفی را به آن‌ها بدهند. افرادی که دارای طرحواره محرومیت هیجانی هستند، به شدت باور دارند که نیاز آن‌ها به محبت و دوست داشته شدن از سمت و سوی افراد مهم زندگی‌شان مانند همسر، پدر و مادر و... برآورده نشده است و نخواهد شد و از سوی دیگران درک نمی‌شوند.

در ارتباط با طرحواره بی‌اعتمادی و بدرفتاری، افرادی که این طرحواره را دارند، اغلب والدین بد رفتاری داشته‌اند و معتقد هستند که دیگران به آن‌ها ضربه می‌زنند، بدرفتار هستند، انسان را سرافکنده می‌کنند، دروغ می‌گویند و بداخلاق و سودجو هستند. افرادی که طرحواره نقص و شرم دارند، اعتقاد دارند که بی‌ارزش و ناتوانند و اغلب از اعتیادشان به جهت مواجه نشدن با احساس بی‌ارزشی و ناتوانی، انتقادها و هر موقعیتی که طرحواره نقص و شرم آن‌ها را برمی‌انگیزد، به عنوان ابزاری اجتنابی استفاده می‌کنند.

افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی دارند، احساس می‌کنند با دیگران متفاوت هستند و وصله ناجور اجتماع هستند. به کارگیری تکنیک‌های شناختی در دیدگاه اغراق‌آمیز و خطاهای شناختی تمام این افراد، هر کدام بسته به نوع خطای شناختی، تغییراتی را ایجاد کرد و باعث شد دیدگاه غیر واقع‌بینانه آن‌ها مبنی بر این که افراد مهم زندگی در نهایت آن‌ها را طرد خواهند کرد یا درک نمی‌شوند، دیگران قابل اعتماد نیستند، بی‌ارزش و ناتوانند و وصله ناجور اجتماع هستند، تعدیل گردد. تکنیک‌های تجربی به کار گرفته شده در جلسات و آموزش این تکنیک‌ها به افراد گروه آزمایش، باعث شد تا بتوانند تجارب ناگوار زندگی که مربوط به شکل‌گیری طرحواره‌هایشان بود را در ذهن خود تجسم کنند و با این تجارب و خاطرات مواجهه شوند و از این طریق بار هیجانی آن‌ها کاهش یابد و بتوانند با مداخله درمانگر و آموزش مطلوب، مانند یک بزرگسال سالم در این تجارب ذهنی عمل نمایند و از این طریق علل و ریشه‌های شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌هایشان را مورد هدف قرار دهند. در نهایت، راهبردهای رفتاری، پاسخ‌های مقابله‌ای این افراد به خصوص مصرف مواد مخدر که یک رفتار

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

اجتنابی است را هدف قرار داد و با استفاده از تکنیک‌های رفتاری، رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره تغییر داده شد (۹).

دیگر هدف تحقیق حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه خودگردانی و عملکرد مختل و طرحواره‌های مربوط به این حوزه بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر حوزه خودگردانی و عملکرد مختل و تمام زیرمقیاس‌های آن (شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خودتحول‌نیافته و گرفتار) در افراد تحت درمان با متادون تأثیر داشت. مطالعه‌ای که در زمینه بررسی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه خودگردانی و عملکرد مختل در مردان تحت درمان با متادون انجام شده باشد، یافت نگردید. یافته‌های به دست آمده به صورت غیر مستقیم با پژوهش کاملی و همکاران در زمینه سه زیرمقیاس وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خودتحول‌نیافته/ گرفتار (۲۲) و نتایج تحقیقات تاجیک‌زاده و همکاران (۲۳)، صبحی قراملکی و همکاران (۲۴)، افشاری و همکاران (۲۵) و فیروزی و همکاران (۲۶) در زمینه تمام زیرمقیاس‌های حوزه خودگردانی و عملکرد و همچنین با یافته‌های مطالعات Thiel و همکاران (۲۷)، Renner و همکاران (۲۸)، Shorey و همکاران (۳۰، ۲۹، ۱۴) و امینی و همکاران (۳۱) مطابقت داشت. علت اثربخشی مطلوب طرحواره درمانی گروهی بر افرادی که با طرحواره‌های حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل دست و پنجه نرم می‌کردند، هدف قرار دادن مشخصه بارز و مشترک این افراد یعنی تمایل به درمانده بودن و جلب ترحم و کمک دیگران با استفاده از راهبردهای سه‌گانه شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری بود. این افراد خودشان را در مقابل مشکلات، بی‌کفایت و ناتوان می‌بینند و معتقد هستند که به تنهایی از پس کارهای زندگی خودشان برنمی‌آیند. بر این اساس، تکنیک‌های شناختی به کار برده شده در جلسات توانست این افراد را متوجه خطاهای شناختی خودشان بکند. از جمله این تکنیک‌ها، تکنیک شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره و تکنیک تعریف جدید از این شواهد بود که این افراد را متقاعد ساخت شواهد تأییدکننده طرحواره‌هایی که دارند، بسیار کمتر از شواهد ردکننده این طرحواره‌هاست، اما به واسطه وجود این طرحواره‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی، به شواهد ردکننده طرحواره‌هایشان به اندازه شواهد تأییدکننده بها نداده‌اند و این امر موجب تقویت طرحواره در طول زندگی آن‌ها شده است. تأثیر این آگاهی بر آن‌ها این بود که توانستند به شیوه‌ای مطلوب و منطقی، به جنگ با طرحواره‌هایشان بپردازند و طرحواره‌های خودشان را تعدیل کنند. همچنین، تکنیک‌های رفتاری و مهارت‌آموزی با استفاده از تکالیف خانگی به این افراد کمک زیادی کرد تا بتوانند رفتارهای شاخص خود مانند کمک‌طلبی افراطی، پرس و جوی مداوم راجع به نحوه انجام کارها و اطمینان‌طلبی مداوم راجع به تصمیماتشان را کاهش دهند. کاهش این رفتارها، منجر به جلوگیری از تداوم بیشتر طرحواره این افراد و به دنبال آن، تعدیل طرحواره‌هایشان گردید.

از محدودیت‌هایی که در انجام پژوهش حاضر وجود داشت، آن بود که این درمان تنها بر روی حوزه‌ها و طرحواره‌های مردان تحت درمان با نگهدارنده متادون تمرکز داشت. بنابراین، قابل تعمیم به زنان و افراد تحت درمان با درمان‌های دیگر پزشکی و افراد دارای اختلالات اعتیادی که از درمان خاصی بهره نمی‌برند، نمی‌باشد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود اثربخشی طرحواره درمانی بر روی حوزه طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل افراد دارای اختلالات اعتیادی که وارد درمان‌های پزشکی دیگری شده و افراد معتادی که هیچ‌گونه درمان پزشکی دریافت نکرده‌اند، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل در مردان تحت درمان با متادون، می‌توان چنین برآورد نمود که رویکرد طرحواره محور به عنوان یک درمان اثرگذار و موفق در جهت بهبود و تعدیل طرحواره‌های افراد تحت درمان نگهدارنده متادون می‌تواند راهگشای روان‌شناسان در بیمارستان‌ها و مراکز ارایه دهنده خدمات روان‌شناختی ترک اعتیاد باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۵۱۰۱۶، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد. بدین وسیله از همه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Dallas TX, David W, Julie K. Staley behavioral neuroscience of drug addiction. Biosocieties 2010; 39: 22-6.
2. Tremain D, Freund M, Wye P, Wolfenden L, Bowman J, Dunlop A, et al. Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: Client and clinician report. J Subst Abuse Treat 2016; 68: 24-30.
3. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. Addiction 2012; 107(7): 1221-33.
4. Deleuze J, Rochat L, Romo L, Van der Linden M, Achab S, Thorens G, et al. Prevalence and characteristics of addictive behaviors in a community sample: A latent class analysis. Addict Behav Rep 2015; 1: 49-56.
5. Denney AS, Connor DP. Serious juvenile offenders who have experienced emerging adulthood: Substance use and recidivism. Child Youth Serv Rev 2016; 67: 11-9.
6. Asgari Janatabadi M. Comparison of the effectiveness of group schema therapy and group reality therapy in reducing relapse rate and increased general health of addicts [Thesis]. Birjand, Iran: Birjand Branch, Islamic Azad University; 2011. p. 1. [In Persian].
7. Drummond DC, Perryman MK. Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: A literature review. London, UK: St George's, University of London; 2007.
8. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. J Subst Abuse Treat 2007; 33(1): 91-8.
9. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

10. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota FL: Professional Resource Press; 1999.
11. Kriston L, Schafer J, von Wolff A, Harter M, Holzel LP. The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: Are schemas organized into domains? J Clin Psychol 2012; 68(6): 684-98.
12. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. J Pers Disord 2001; 15(1): 72-83.
13. Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. J Affect Disord 2012; 136(3): 803-11.
14. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. Pers Individ Dif 2015; 83: 6-12.
15. Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. Drug Alcohol Rev 2015; 34(6): 663-72.
16. Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. Nature 2014; 512(7513): 185-9.
17. Stevens L, Verdejo-Garcia A, Goudriaan AE, Roeyers H, Dom G, Vanderplasschen W. Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. J Subst Abuse Treat 2014; 47(1): 58-72.
18. Ball SA, Young JE. Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. Cogn Behav Pract 2000; 7(3): 270-81.
19. Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PC, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. Cognit Ther Res 2010; 34(3): 207-15.
20. Oei TP, Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Aust J Psychol 2007; 59(2): 78-86.
21. Ahi GH, Mohammadifar MA, Besharat MA. Reliability and validity of young's schema questionnaire-short form. Journal of Psychology and Education 2007; 37(3): 5-20.
22. Kameli Z, Ghanbari Hashem Abadi BA, Agha Mohammadin Sharbaf HR. The effectiveness of cognitive group therapy based on schema on modification early maladaptive schema among orphan and dysfunctional parenting adolescents girls. Research in Clinical Psychology and Counseling 2011; 1(1): 83-98. [In Persian].
23. Tajikzade F, Zare I, Naziri GH, Afshari R. The effectiveness of group schema therapy on the early maladaptive schemas among men undergoing methadone maintenance treatment (MMT). Journal of Personality & Individual Differences 2015; 4(7): 1-23.
24. Sobhi Gharamaleki N, Pourabdol S, Abbasi M, Baghiyan MJ, Nabidoost A. Effectiveness of Group schema therapy on modulating of Primary maladaptive schemas in abused students. Research in Educational Systems 2015; 9(28): 7-30. [In Persian].
25. Afshari R, Zare I, Moein L, Nazari G, Taghavi MR. The effect of group schema therapy approach in improvement of b category personality disorders for substance dependent. Journal of Psychological Models and Methods 2011; 1(4): 119-35. [In Persian].
26. Firoozi M, Kharamin S, Ahmadi S, Panahi F. The study of early maladaptive schemas in men dependent on drugs and those not dependent. Armaghane-danesh 2015; 20(8): 744-55. [In Persian].
27. Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kulz AK, Hertenstein E, et al. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016; 52: 59-67.
28. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. J Affect Disord 2012; 136(3): 581-90.
29. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. J Subst Abuse Treat 2013; 44(5): 522-7.
30. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. J Subst Abuse Treat 2012; 42(3): 271-8.
31. Amini MM, Khorshidian N, Asadollahi Shahir AA, Hashemian Esfahani SS, Najimi A. Early maladaptive schemas in borderline personality disorders patients. J Health Syst Res 2015; 11(3): 505-12. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]

DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 14, No. 2, Summer

Received: 10.11.2017 Accepted: 03.03.2018 Published: 06.07.2018

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Disconnection-Rejection and Impaired Autonomy-Performance in Men under Methadone Maintenance Treatment

Arash Ghandehari[1], Akram Dehghani[2]

Original Article

Abstract

Background: Considering the importance of the psychological and personality dimensions of the formation of addiction, as well as the importance of cognitive therapies during the abandonment of drugs, which unfortunately is now neglected in most drug addiction centers, this study aimed to assess the effectiveness of group schema therapy on maladaptive schemas domains of disconnection-rejection and impaired autonomy-performance in men under methadone maintenance treatment.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest and posttest, as well as control group. The statistical society included all the men receiving treatment for substance abuse since April 2016, in addiction treatment clinics in Isfahan City, Iran. An addiction treatment clinic was selected via available sampling, then based on purposeful sampling and inclusion criteria, 30 participants were selected. The participants were randomly assigned into two experimental and control groups. The experimental group received 10 sessions of schema therapy weekly, with duration of 90 minutes. The study instrument was Young schema questionnaire (YSQ-L2). The obtained data were analyzed using multivariable covariance via SPSS software.

Findings: Group schema therapy had significant effect on all the dimensions of disconnection-rejection and its subscales ($P < 0.001$ for all), as well as impaired autonomy-performance and its subscales ($P < 0.001$ for all), in men under methadone maintenance treatment.

Conclusion: According to the results, we suggest that schema therapy can be used in substance abuse treatment centers, along with other methods to control addiction, and to treat psychological problems of people undergoing methadone treatment plan.

Keywords: Methadone, Early maladaptive schemas, Disconnection-rejection, Impaired autonomy-performance, Schema therapy

Citation: Ghandehari A, Dehghani A. **The Effectiveness of Group Schema Therapy on Disconnection-Rejection and Impaired Autonomy-Performance in Men under Methadone Maintenance Treatment.** J Health Syst Res 2018; 14(2): 227-34.

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Corresponding Author: Akram Dehghani, Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.2.14.6]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i2.3277]