

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

آرش قندهاری<sup>۱</sup>، اکرم دهقانی<sup>۲</sup>

### 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 مردم 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 مراجعه کننده 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 (YSQ-L2 Young Schema Questionnaire) جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از آزمون MANCOVA در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** طرحواره درمانی گروهی تأثیر معنی داری بر حوزه طرد- بریدگی و خوده مقیاس‌های آن ( $P < 0.001$ ) برای همه موارد) و حوزه خودگردانی- عملکرد مختل و خرد مقیاس‌های آن ( $P < 0.001$ ) 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: ۲۲۷-۲۳۴؛ (۲)

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲

درباره مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۹

### 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 مسائل 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 عمدۀ مواد مخدر در جهان به شمار می‌روند و این خود موجب تشدید بازار داخلی مواد مخدر در داخل ایران شده است، سبب شناسی 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، تنوّع و تعداد بسیاری دارند (۶)، یکی از معروف‌ترین و موفق‌ترین روش‌های درمان دارویی، درمان نگهدارنده با متادون است (۷) که

- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناختی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
- استادیار، گروه روان‌شناختی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

نویسنده مسؤول: اکرم دهقانی

اختلالات انتیادی 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 پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه شاهد صورت گرفت. جامعه آماری را کلیه مردانی که در بهار سال ۱۳۹۵ چهت درمان سوء مصرف مواد به کلینیک‌های ترک انتیاد شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. از طریق نمونه‌گیری خوشای، یک مرکز ترک انتیاد انتخاب گردید. سپس از طریق نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر از افراد تحت درمان با متادون بر اساس میارهای ورد (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-5<sup>th</sup> 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 پیش آزمون شدند. در این راستا، پرسشنامه طرحواره Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) یا Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) در اختیار همه آزموندهای قرار داده شد. پس از انجام مرحله پیش آزمون، 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 روان‌شناسی ادامه دادند. پس از اتمام فرایند درمان، دوباره YSQ-L2 به عنوان پس آزمون 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 خودگزارش دهنده می‌باشد، استفاده گردید.<sup>(۹)</sup> 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 حرفي 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، رهاسازگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزواج اجتماعی/بیگانگی و نقص و شرم و حوزه خودگردانی-عملکرد مختل نیز مشکل از زیرمقیاس‌های شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برایر ضرر و بیماری و گرفتار/خوبی‌شن تحول نیافتنه است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است.<sup>(۲۰)</sup> مقیاس YSQ-L2 در ایران توسط آهی و همکاران در دانشگاه‌های تهران هنجاری‌بایی گردید. بر این اساس، همسانی درونی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در جمعیت مؤنث، ۹۷ درصد و در جمعیت مذکور، ۹۸ درصد گزارش شد.<sup>(۲۱)</sup>

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.<sup>(۹)</sup> 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.<sup>(۱۰)</sup> طرحواره‌ها در زمینه‌های زیستی و تأثیرات محیطی به وجود می‌آیند و شکل می‌گیرند. به عنوان مثال، طرحواره‌های معینی در واکنش به روابط اولیه و آغازین کودک با اعضای خانواده شکل می‌گیرند.<sup>(۱۱)</sup> 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 سیاری از اختلالات محور I قرار بگیرند. از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای که Young و همکاران ذکر کردند، طرحواره‌های رهاسازگی-بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی-بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص-شرم و انزواج اجتماعی-بیگانگی می‌باشد که در مجموع در حوزه بریدگی (Disconnection) و طرد (Rejection) قرار می‌گیرند.<sup>(۹)</sup> همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه وابستگی-بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به خسر و بیماری، خود تحول نیافتنه-گرفتار و شکست که همگی در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (Mpaired Autonomy and Performance) قرار دارند.<sup>(۱۲)</sup> بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد-بریدگی قرار می‌گیرد، نمی‌توانند دلیستگی‌های این 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.<sup>(۹)</sup> تحقیقات نشان داده است که طرحواره‌ها در بیماران غیر بالینی با سوگیری‌های پردازش اطلاعات رایطه دارد. علاوه بر این، ارتباط بین اختلالات شخصیت و طرحواره‌ها در بسیاری از پژوهش‌ها به اثبات رسیده است.<sup>(۱۳)</sup> مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناسی و آسیب‌شناسی شخصیت ایجاد می‌نماید و افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد سالم، دارای طرحواره‌های ناسازگار بیشتری می‌باشند.<sup>(۱۴)</sup>

زمانی که طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، منجر به ایجاد انواع مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناسی و مشکلات منش شناختی و شخصیتی و رفتاری می‌شوند.<sup>(۱۵)</sup> از طرف دیگر، بین خصیصه‌های شخصیتی و سوء مصرف مواد مخدر رایطه وجود دارد.<sup>(۱۶)</sup> و این خصیصه‌ها می‌توانند تا حدودی پیش‌بینی کننده اختلالات انتیادی باشند.<sup>(۱۷)</sup> 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.<sup>(۱۸)</sup> Young و همکاران مطرح کردن که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با سوء مصرف مواد ارتباط داشته باشد.<sup>(۹)</sup>؛ 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 را اماندازی می‌شود.<sup>(۹)</sup> با توجه به اهمیت نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه‌های طرد-بریدگی و خودگردانی-عملکرد مختل و پاسخ‌های مقابله‌ای در شروع و تداوم

پژوهشگر با مدرک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرک طرحواره درمانی و مدرک و سابقه فعالیت در زمینه اعتماد برگزار گردید. شرح جلسات اجرا شده در جدول ۱ آمده است.

روند اجرا بدین ترتیب بود که پس از انتخاب نمونه و گمارش افراد در دو گروه آزمایش و شاهد، گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی دریافت کردند. هر ۱۵ نفر در تمامی جلسات حضور داشتند و جلسات توسط

#### جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی Young برای گروه آزمایش

جلسه	اهداف و عنوان	محتوا آموزشی
پیش جلسه	جلسه توجیهی با افراد گروه و تکمیل پیش آزمون	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 پیش آزمون
اول	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی	تعريف 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	سنجهش و آموزش طرحواره‌ها	سنجهش 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، هم‌بیان شدن با اعضای گروه جهت چنگ 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 تکلیف 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 پس آزمون	بررسی تمرینات انجام شده، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، پاسخ به سؤالات افراد، تکمیل پرسش‌نامه‌های پس آزمون توسط افراد گروه

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

ناسازکار او لیه	حوزه‌های طرحواره‌های	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	۱۲/۴۰ ± ۴/۱۷
خودگردانی-عملکرد	رهاشدگی/بی ثباتی	۱۷/۸۰ ± ۶/۶۱	۱۶/۲۶ ± ۵/۱۰	۱۰/۶۶ ± ۳/۶۱
مختل	بی اعتمادی/بدرفتاری	۱۶/۲۶ ± ۶/۰۹	۱۷/۲۰ ± ۷/۲۴	۹/۴۶ ± ۲/۷۳
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	انزواج اجتماعی/بیگانگی	۱۹/۸۶ ± ۶/۲۲	۱۷/۲۶ ± ۷/۲۰	۱۱/۶۰ ± ۳/۹۴
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	نقص/شرم	۷۳/۱۸ ± ۵/۸۳	۱۹/۹۳ ± ۶/۲۹	۱۱/۳۳ ± ۲/۷۴
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	کل	۹۳/۲۶ ± ۱/۷۵	۹۱/۲۶ ± ۲/۱۲	۵۶/۴۶ ± ۱/۴۳
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	شکست	۱۷/۲۰ ± ۵/۴۵	۱۳/۴۶ ± ۷/۰۱	۹/۹۳ ± ۲/۷۶
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	وابستگی/بی کفايتی	۱۵/۸۶ ± ۶/۵۵	۱۲/۳۳ ± ۵/۲۵	۹/۱۳ ± ۳/۸۳
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	خد تحول نیافته گرفتار	۲۱/۹۳ ± ۶/۱۴	۱۹/۸۶ ± ۵/۰۸	۱۱/۷۳ ± ۲/۵۴
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	کل	۱۵/۵۳ ± ۷/۳۲	۱۳/۷۳ ± ۶/۷۵	۹/۵۳ ± ۲/۹۶
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری		۷۰/۵۳ ± ۱/۹۱	۵۹/۴۰ ± ۱/۹۲	۴۰/۳۳ ± ۲/۶۵
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری				۶۱/۸۰ ± ۰/۳۱

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 برقاری این مفروضه بود.

نتایج آزمون MANCOVA مربوط به تفاضل زیرمقیاس‌های حوزه طرد-بریدگی از لحظه 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 ( $P < 0.001$ ). 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 بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشت ( $P < 0.001$ ). 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.

### 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 تفصیلی 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 جمعیت‌شناسنامه وجود نداشت ( $P = 0.450$ ).

نتایج جدول ۲ نشان داد که در گروه آزمایش و در مرحله پیش‌آزمون، زیرمقیاس محرومیت هیجانی از بالاترین میانگین و زیرمقیاس بی اعتمادی 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 خرده‌مقیاس‌ها، تفاوت معنی‌داری در نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه 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

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

نام آزمون	مقدار آماره F	مقدار آماره P	مقدار آزادی خطا	مقدار آزادی فرضیه	مقدار آزمایش	توان آماری
بعد طرد-بریدگی	۵	۲۸/۸۲	< 0.001	۱۹	۰/۸۸	۰/۹۹
بعد خودگردانی-عملکرد مخل	۴	۲۲/۵۳	< 0.001	۲۱	۰/۸۱	۰/۹۹

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

اثرات	زیرمقیاس	مرحله	مجموع مجذورات ت	درجه آزادی	میانگین مجذورات میانگینکنن	F آماره	P مقادیر	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	طرد-بریدگی	محرومیت هیجانی	۳۹۵/۴۸	۱	۳۹۵/۴۸	۷۲/۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۹۹
	راهشندگی/بی ثباتی	۳۴۴/۸۲	۳۴۴/۸۳	۱	۳۴۴/۸۳	۳۳/۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
	بی اعتمادی/بدرفتاری	۲۴۷/۹۲	۲۴۷/۹۲	۱	۲۴۷/۹۲	۲۸/۱۷	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
	ازدواج اجتماعی/بیگانگی	۴۷۷/۳۵	۴۷۷/۳۵	۱	۴۷۷/۳۵	۲۴/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	نقص/شرم	۴۱۰/۲۲	۴۱۰/۲۲	۱	۴۱۰/۲۲	۴۲/۲۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
عضویت گروهی	خودگردانی-	شکست	۳۷۱/۵۱	۱	۳۷۱/۵۱	۴۱/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	عملکرد مختل	وابستگی/بی کفايتی	۱۸۲/۲۷	۱	۱۸۲/۲۷	۱۷/۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۷
	ضدر و بیماری	آسيب‌پذيری نسبت به	۴۸۳/۱۵	۱	۴۸۳/۱۵	۵۴/۲۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
	خد تحول نیاقتہ/گرفتار		۲۴۴/۵۱	۱	۲۴۴/۵۱	۲۲/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹

بهبود طرحواره‌ها و زیرمقیاس‌های این حوزه بگذرد. افراد اغلب با توجه به طرحواره خودشان دیدگاه‌های اغراق‌آمیز و آمیخته به خط دارند. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره رهاشدگی و بی ثباتی دارند، معتقد هستند روابطشان با افراد مهم زندگی ثباتی ندارد و افراد مهم زندگی آن‌ها در کارشناس نمی‌مانند و نمی‌توانند حمایت عاطفی را به آن‌ها بدeneند. 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 بی اعتمادی 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 بدل‌الاق و سودجو هستند. افرادی که طرحواره نقص و شرم دارند، اعتقاد دارند که بی ارزش و ناتواند و اغلب از اعتمادشان به جهت مواجه نشدن با احساس بی ارزشی و ناتوانی، انتقادها و هر موقعیتی که طرحواره نقص و شرم آن‌ها را برمی‌انگیزد، به عنوان ابزاری اجتنابی استفاده می‌کنند.

افرادی که طرحواره ازدواج 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، تعییراتی 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، بی ارزش و ناتواند و وصله ناجور اجتماع هستند، تغییراتی های تجزیی 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

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، رهاشندگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، ازدواج 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، بی اعتمادی/بدرفتاری، ازدواج اجتماعی/بیگانگی و نقص/شرم (۲۲) و همچنین، نتایج پژوهش‌های تاجیک‌زاده و همکاران (۲۳)، صبحی قرامکی و همکاران (۲۴)، افساری 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 (۲۹، ۳۰) مشابهت داشت. بیماران و افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد-بریدگی قرار می‌گیرد، اغلب نمی‌توانند دلبستگی‌های این و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند و اعتقاد دارند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت و عشق و تعلق خاطر برآورده شده 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

توانستند به شیوه‌ای مطلوب و منطقی، به جنگ با طرحواره‌ها پیشان 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 طرحواره‌هاشان 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 تعیین 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 مختلف افراد دارای اختلالات اعتیادی که وارد درمان‌های پزشکی دیگری شده و افراد معتادی که هیچ گونه 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 مختلف در مردان تحت درمان با متادون، می‌توان چنین پناره‌ای 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 ۱۶۰۲۰۱۹۵۱۰۱۶، 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.

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 مختلف و طرحواره‌های مربوط به این حوزه بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر حوزه خودگردانی و عملکرد مختلف و تمام زیرمقیاس‌های آن (شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خودتحول‌بیافته و گرفتار) در افراد تحت درمان با متادون تأثیر داشت. مطالعه‌ای که در زمینه بررسی طرحواره درمانی گروهی بر حوزه خودگردانی و عملکرد مختلف در مردان تحت درمان با متادون انجام شده باشد، یافته‌هایی به دست آمده به صورت غیر مستقیم با پژوهش کاملی و همکاران در زمینه سه زیرمقیاس وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خودتحول‌بیافته / گرفتار (۲۲) و نتایج تحقیقات تاجیکزاده و همکاران (۲۳)، صبحی قراملکی و همکاران (۲۴)، افساری و همکاران (۲۵) و فیروزی و همکاران (۲۶) در زمینه تمام سه زیرمقیاس‌های حوزه خودگردانی و عملکرد و همچنین با یافته‌های مطالعات Thiel و همکاران (۲۷)، و همکاران (۲۸)، و همکاران (۳۰)، و امینی و همکاران (۳۱) و شوری و همکاران (۳۲) مطابقت داشت. علت اثربخشی مطلوب طرحواره درمانی گروهی بر افرادی که با طرحواره‌های حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختلف دست و پنجه نرم می‌کردند، هدف قرار دادن مشخصه بارز و مشترک این افراد یعنی تمایل به درمانه بودن و جلب ترحم و کمک دیگران با استفاده از راهبردهای سه‌گانه شناختی، تجریبی و الگوشکی رفتاری بود. این افراد خودشان را در مقابل مشکلات، بی‌کفایت و ناتوان می‌بینند و معتقد هستند که به تنهایی از پس کارهای زندگی خودشان برمنی آیند. 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 متعاقده 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 بود که

### 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. Maremmanni 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.

10. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3<sup>rd</sup> 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, Vanderplaschen 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. Firooz 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, Llobestael 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].

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

Arash Ghandehari<sup>1</sup>, Akram Dehghani<sup>2</sup>

### 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