بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز

غلامرضا منشئی[۱]، مجید زارعی[۲]، حامد جعفری ولدانی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: استرس‌های ناشی از مراحل درمان در بیماران همودیالیز، موجب پیدایش مشکلات روان‌شناختی می‌گردد. فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار، در بروز مشکلات روان‌شناختی حایز اهمیت است و تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) بر آن تأیید شده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی همراه با گروه شاهد بود. به منظور انجام مطالعه، ۳۰ نفر از بیماران همودیالیز خیریه حضرت ابوالفضل (ع) اصفهان به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. دو گروه از نظر جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل همتاسازی شدند. فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه Young (Young Schema Questionnaire-Short Form یا YSQ-SF) به مشارکت کنندگان تحویل داده شد. ابتدا پیش‌آزمون اجرا گردید و پس از طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته ACT، پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها: یافته‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که پس از اجرای جلسات درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه تفاوت معنی‌داری به نفع گروه آزمایش داشت. همچنین، مشخص گردید که ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه بریدگی و طرد، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) در بین بیماران همودیالیز مؤثر بود ($P \leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان از ACT به منظور کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به دنبال آن، حل مشکلات روان‌شناختی بیماران همودیالیز استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، همودیالیز

ارجاع: منشئی غلامرضا، زارعی مجید، جعفری ولدانی حامد. **بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۲۰۹-۲۰۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۸/۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۲۵

مقدمه

یکی از نظریه‌هایی که در زمینه شخصیت، آسیب‌شناسی روانی و روان درمانی مطرح شده است، طرحواره درمانی Young می‌باشد که هسته اصلی آن، مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۱). طرحواره‌ها، خاستگاه آغازین پردازش می‌باشند و پردازش شناختی، به کمک طرحواره‌های موجود در فرد هدایت می‌شود. تأثیری که طرحواره‌های ناکارامد بر روی شناخت می‌گذارند، منجر به عدم پردازش درست فرد از رویدادها و در نتیجه، بروز اختلالات روان‌شناختی می‌گردد. پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علایم آسیب‌شناسی روانی، همواره بر اهمیت وجود این طرحواره‌ها در شکل‌گیری علایم صحه گذاشته است (۲).

طرحواره‌ها در قالب پنج حیطه اصلی «انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، هدایت شدن توسط دیگران و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری» طبقه‌بندی شده‌اند (۳). این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خودآسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز می‌شوند و در طول زندگی تداوم می‌یابند (۴). طرحواره‌های ناسازگار تحت موقعیت‌های استرس‌زا و شرایط خاص فعال می‌شوند و به عنوان الگویی برای پردازش تجارب و رویدادها عمل می‌کنند و فرد تجربیات خود را بر اساس آن‌ها تفسیر می‌نماید (۵).

نارسایی مزمن کلیه، اختلال پیش‌رونده و غیر قابل برگشتی می‌باشد (سینار) که ابتلا به آن می‌تواند موقعیت‌های استرس‌زای بسیاری را برای فرد ایجاد نماید. بیماران تحت همودیالیز مانند سایر مبتلایان به اختلالات مزمن جسمانی، در معرض اختلالات روان‌شناختی قرار دارند (۳). در این میان، عامل تأثیرگذار بر روند بهبود بیماران همودیالیز، به حداقل رساندن مشکلات روان‌شناختی آنان می‌باشد که در نتیجه استرس‌های حاصل از این بیماری به وجود آمده است (۲).

با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران همودیالیز (۳) و تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز مشکلات روان‌شناختی (۱۱-۶، ۴)، نیاز

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: حامد جعفری ولدانی Email: jafari.hamed7070@yahoo.com

Proof Version
www.mui.ac.ir

به کارگیری مداخلات روان‌شناختی به منظور تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تسریع درمان، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از درمان‌های پیشنهاد شده به منظور تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) می‌باشد (۱۴-۱۲). این درمان بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (۱۵). ACT، بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارد (۱۶). در این درمان، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود که سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد و شامل مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد است. این مشکلات به عنوان اهداف مداخله مد نظر قرار می‌گیرند (۱۷).

پژوهش‌های پیشین، اثربخشی ACT را بر اضطراب و افسردگی (۱۸)، کاهش شدت تجربه درد (۲۰، ۱۹)، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایتمندی از زندگی (۲۰)، بهبود ناتوانایی و معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی (۱۹) در میان بیماران مزمن نشان داده‌اند.

از یک سو آمار بالای بیماران همودیالیز در دنیا و ایران و مشکلات بسیار این بیماران همچون تأمین داروی مورد نیاز و هزینه‌های دیالیز که به نوبه خود فشار روانی زیادی را به بیماری وارد می‌نماید و نتیجه این وضع، انزوای هرچه بیشتر بیمار و سوق دادن او به افسردگی و حتی در بعضی از موارد اقدام به خودکشی (۲۱) و از سوی دیگر، با توجه به اثربخشی ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تأثیر آن بر کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین بیماران همودیالیز شهر اصفهان انجام شد و درصدد پاسخ به این سؤال بود که ACT، بر تعدیل کدام حوزه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران همودیالیز تأثیر می‌گذارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که همراه با گروه شاهد و آزمایش انجام گردید. به منظور اجرای پژوهش، ۳۰ نفر از بیماران همودیالیز مراجعه کننده به خیریه حضرت ابوالفضل (ع) اصفهان به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. دو گروه از نظر جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل همتاسازی شدند؛ به این صورت که مقایسه جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل در این دو گروه، تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه Young (Young Schema Questionnaire یا YSQ) به بیماران تحویل داده شد. ابتدا پیش‌آزمون اجرا گردید و پس از طی جلسات ACT، پس‌آزمون انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر و نمودار ترسیمی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شرح جلسات درمانی در ادامه به تفصیل آمده است.

جلسه اول: معرفی اعضا و قواعد گروه، مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان، اجرای پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌های پژوهش

جلسه دوم: معرفی ذهن و زبان از نگاه ACT، معرفی محصولات ذهنی و ارایه تکلیف ثبت تجربه روزانه محصولات ذهن

جلسه سوم: با ارایه استعاره چاله و بیلچه، به معرفی دقیق‌تر ذهن و محصولات ذهنی و راهبردهای کنترل و اجتناب اعضا پرداخته شد و جهت مشخص شدن چاله‌ها و بیلچه، تکلیف ارایه گردید.

جلسه چهارم: جلسه درماندگی خلاق و بررسی چاله‌ها و بیلچه‌ها و راهبردهای کنترل و بررسی و ارزش‌گذاری رفتارهای کنترل و اجتناب و ارایه جدول بررسی پیامدهای راهبردهای کنترل

جلسه پنجم: جلسه کنترل مسأله بود نه راه‌حل. آموزش قوانین دنیای بیرون و درون و با ارایه استعاره دستگاه پلی‌گراف، مسأله بودن کنترل آموزش داده شد.

جلسه ششم: جلسه پذیرش یا تمایل با کمک از استعاره مهمان و صاحبخانه (میزبان)، آموزش رنج پاک و ناپاک و ارایه جدول ثبت رنج پاک و ناپاک.

جلسه هفتم: تصریح ارزش‌ها و هدف‌گذاری با کمک گرفتن از استعاره اتوبوس و ارایه جدول ارزش‌ها به اعضا و کمک به آنان جهت تشخیص ارزش‌ها و هدف‌گذاری در جاده ارزش‌های خود در حضور پژوهشگر و اعضا.

جلسه هشتم: آموزش اعضا با استفاده از استعاره اتوبوس در ارتباط با مفاهیم آمیختگی و گسلش، ارایه تمرین و تکلیف به اعضا در جهت عدم آمیختگی با محصولات ذهنی خود و رسیدگی به اهداف و ارزش‌ها به وسیله گسلش داشتن از ذهن.

جلسه نهم: خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، شناساندن خود مفهوم‌سازی شده برخی از اعضا به خودشان و معرفی انواع خود و آموزش این که چگونه می‌توان با استفاده از ارزش‌ها و هدف‌گذاری و گسلش به خود به عنوان زمینه رسید.

جلسه دهم: (جمع‌بندی و پیشگیری از عود) به جهت جلوگیری از بازگشت اعضا به اعمال بیهوده، شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شش ضلعی آسیب‌شناسی روانی، از نگاه ACT به اعضا آموزش و ارایه شد و در پایان جلسه، پس‌آزمون به صورت هم‌زمان با گروه شاهد اجرا گردید.

روش جمع‌آوری اطلاعات، فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره ناسازگار اولیه Young (YSQ-Short Form یا YSQ-SF) بود. این پرسش‌نامه به صورت خودگزارش‌دهی ۹۰ آیتمی، جهت ارزیابی ۱۵ خرده مقیاس EMS (Emotional Maturity Scale) تهیه شده است (۲۲) که ۱۵ خرده مقیاس عبارت از «محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست خورده، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی» می‌باشد. نمره بالا در پرسش‌نامه YSQ-SF نشان دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگارانه بیشتر در فرد می‌باشد. اولین ارزیابی روان‌سنجی این پرسش‌نامه، پایایی آزمون-بازآزمون مناسب (در دامنه‌ای از ۰/۵۰ تا ۰/۸۲) و همبستگی درونی خوبی (ضریب Cronbach's alpha در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶) را نشان داد. در ایران نیز آهی و همکاران، ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تأیید کردند و ضریب Cronbach's alpha را برای هر یک از طرحواره‌ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ به دست آوردند (۲۳).

Proof Version

www.mui.ac.ir

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مشارکت کنندگان پژوهش

متغیر	مرحله	آزمایش		شاهد	
		میانگین ± انحراف معیار	بازه	میانگین ± انحراف معیار	بازه
طرحواره ناسازگار اولیه	پیش‌آزمون	۳۰۰/۰۴ ± ۵۵/۹۴	۲۰۹-۳۷۷	۲۹۵/۸۱ ± ۵۵/۴۷	۲۰۶-۳۷۱
	پس‌آزمون	۲۱۹/۶۹ ± ۲۰/۳۶	۱۸۶-۲۵۴	۲۹۸/۳۸ ± ۵۶/۷۲	۲۰۹-۳۷۷
بریدگی و طرد	پیش‌آزمون	۹۹/۷۱ ± ۲۰/۵۲	۶۳-۱۲۳	۹۷/۹۰ ± ۱۹/۷۸	۶۰-۱۱۹
	پس‌آزمون	۷۲/۶۹ ± ۹/۱۹	۵۵-۸۳	۹۹/۶۰ ± ۲۰/۵۹	۶۳-۱۲۳
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش‌آزمون	۸۱/۶۰ ± ۱۷/۹۲	۵۳-۱۲۱	۸۰/۶۶ ± ۱۸/۳۱	۵۳-۱۲۱
	پس‌آزمون	۵۹/۳۷ ± ۶/۳۳	۴۸-۶۸	۸۰/۸۷ ± ۱۸/۱۶	۵۳-۱۲۱
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۳۹/۹۲ ± ۶/۷۲	۳۰-۴۹	۳۹/۹۲ ± ۶/۷۲	۳۰-۴۹
	پس‌آزمون	۲۸/۷۳ ± ۳/۴۹	۲۰-۳۴	۳۹/۷۶ ± ۶/۶۶	۳۰-۴۹
دیگر جهت‌مندی	پیش‌آزمون	۴۰/۱۹ ± ۷/۰۷	۲۹-۵۰	۳۸/۷۱ ± ۶/۴۲	۲۹-۵۰
	پس‌آزمون	۳۰/۴۸ ± ۳/۴۶	۲۵-۳۵	۳۹/۵۳ ± ۷/۰۳	۲۹-۴۹
گوش به زنگی بیش از حد	پیش‌آزمون	۳۸/۶۰ ± ۷/۶۲	۲۵-۴۸	۳۸/۶۰ ± ۷/۶۲	۲۵-۴۸
	پس‌آزمون	۲۸/۴۰ ± ۴/۵۱	۲۲-۳۵	۳۷/۶۱ ± ۷/۶۰	۲۵-۴۹

یافته‌ها

میانگین شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. میانگین سنی نمونه‌ها، ۵/۶۱ ± ۴۱/۶۰ سال بود. ۲۲ نفر (۷۳/۳ درصد) از بیماران را مردان (۱۱ نفر گروه آزمایش و ۱۱ نفر گروه شاهد) و ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) (۴ نفر گروه شاهد و ۴ نفر گروه آزمایش) از آنان را زنان تشکیل دادند. ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) (۷ نفر گروه شاهد و ۷ نفر گروه آزمایش) تحصیلات ابتدایی، ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) (۲ نفر گروه شاهد و ۲ نفر گروه آزمایش) تحصیلات راهنمایی و ۱۲ نفر (۴۰/۰ درصد) (۶ نفر گروه شاهد و ۶ نفر گروه آزمایش) تحصیلات دیپلم داشتند. ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) از افراد متأهل (۱۰ نفر گروه شاهد و ۱۰ نفر گروه آزمایش) و ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) (۵ نفر گروه شاهد و ۵ نفر گروه آزمایش) مجرد بودند.

نتایج آزمون Wilks's lambda نشان داد که اثر گروه بر ترکیب طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار بود ($P \leq ۰/۰۰۱$) (جدول ۲). آزمون مذکور قابلیت استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر را مجاز شمرد. بر اساس نتایج آزمون‌های Levene و Box، تساوی واریانس‌ها برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه وجود داشت. همچنین، نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov بیانگر نرمال بودن نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های آزمایش و شاهد بود. نتیجه بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه (و حوزه‌های مربوط به آن) در بیماران همودیالیز در جدول ۳ ارایه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، ACT منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز شد. همچنین، اثربخشی این درمان در حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد نیز تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ACT، منجر به تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز می‌گردد که این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۱۴-۱۲) همخوانی داشت. در تبیین این نتایج، می‌توان بیان نمود که طرحواره‌ها هسته خودپنداره هر فرد را تشکیل می‌دهند و شناخت‌های کلی و فراگیری هستند که تأثیر بسیار زیادی بر فکر و عاطفه دارند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند. در واقع، طرحواره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند (۲۴).

ACT، تغییر روابط با تجارب درونی را به مراجع آموزش می‌دهد و این تغییر، با وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی همراه است و موجب پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) و به دنبال آن کاهش اعمال کنترل ناموثر می‌گردد (۲۵). در این درمان، به فرد آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است و یا اثر معکوسی دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت (۲۶).

جدول ۲. شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع	ارزش	ارزش	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	f	P
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	دوره	Wilks's lambda	۰/۹۸۰	۵	۲۴	۲۳۰/۳۲۰	< ۰/۰۰۱
			۰/۰۲۰				
	گروه	Wilks's lambda	۰/۵۷۴	۵	۲۴	۶/۴۷۰	۰/۰۰۱

Proof Version

www.mui.ac.ir

جدول ۳. نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس متغیر	گروه	تعداد	F	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	P
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	آزمایش	۱۵	۲۵/۵۷	۴۶۴۴/۷۱	۱	۴۶۴۴۳/۷۱	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					
حوزه بریدگی و طرد	آزمایش	۱۵	۲۱/۳۴	۵۴۳۰/۳۲	۱	۵۴۳۰/۳۲	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					
خودگردانی و عملکرد مختل	آزمایش	۱۵	۱۸/۷۲	۳۴۶۶/۶۴	۱	۳۴۶۶/۶۴	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					
محدودیت مختل	آزمایش	۱۵	۳۲/۲۲	۹۱۳/۱۹	۱	۹۱۳/۱۹	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					
دیگر جهت‌مندی	آزمایش	۱۵	۱۹/۹۸	۶۱۴/۳۵	۱	۶۱۴/۳۵	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					
گوش به زنگی بیش از حد	آزمایش	۱۵	۱۹/۸۷	۷۸۰/۳۰	۱	۷۸۰/۳۰	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۱۵					

اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب فرد نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، جنبه مهم ACT محسوب می‌شود؛ به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش می‌یابد (۲۷). در نهایت، هدف از این آموزش، تجربه افکار و احساسات همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (۱۸). در نتیجه، این درمان به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را (به خصوص عملکرد هیجانات) بفهمند و از تجارب درونی خود کمک بگیرند، به ویژه این نکته را درک کنند که تجارب، کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم این مطالب برای تغییر کافی نیست. بنابراین، زمان کافی برای انجام تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (۲۸). این درمان به فرد فرصت می‌دهد تا دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرایانه بپردازد و بیشتر تمرکز درمانگر، هدایت بیمار با قبول مسؤولیت توسط خودش به سمت هوشیاری کامل است. درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه نمایند، بدون این که آن‌ها را سرکوب و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجانات ثانویه مانند شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به ابزار جمع‌آوری داده‌ها (فقط پرسش‌نامه) اشاره کرد. همچنین، پژوهش تنها در میان بیماران همودیالیز شهر اصفهان انجام شد. بنابراین، در تعمیم یافته‌های آن به سایر نمونه‌های مشابه و غیر مشابه، باید جوانب احتیاط رعایت گردد و در آخر باید ذکر نمود که این بیماران به سختی راضی به شرکت در گروه درمانی شدند. بر اساس نتایج به دست آمده، مسؤولان باید به این نکته واقف باشند که توجه به بیماران همودیالیز و مشکلات روان‌شناختی آنان و خانواده‌شان اهمیت فراوانی دارد؛ چرا که این افراد به دلیل مشکلات عدیده، ممکن است دچار مشکلات رفتاری و روانی شدیدی شوند.

بر اساس نتایج حاصل شده، می‌توان از ACT به منظور کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به دنبال آن مشکلات روان‌شناختی بیماران همودیالیز استفاده نمود.

Proof Version

References

1. Young J, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2010. p. 27-51.
2. Heidari N, Jannesari Z. Family and marital satisfaction score in three groups of healthy people, diabetics and dialysis compare them with the research center in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 2004. [In Persian].
3. Elahi A, Ramazani M. Psychological status of dialysis patients. Iran J Psychiatry Clin Psychol 1995; 1(4): 40-7. [In Persian].
4. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? Clin Psychol Psychother 2005; 12(2): 124-9.
5. Schmidt NB, Joiner TE Jr. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. J Psychopathol Behav Assess 2004; 26(1): 65-72.
6. Colman LK. Maladaptive schemas and depression severity: support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression [Thesis]. Knoxville, TN, University of Tennessee; 2010.
7. Torres C. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism [PhD Thesis]. Canberra, Australia: Australian National University; 2002.
8. Carr SN, Francis AJ. Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. Psychol Psychother 2010; 83(4): 333-49.
9. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. J Behav Ther Exp Psychiatry 2010;

www.mui.ac.ir

41(4): 373-80.
10. 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.
11. Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. J Affect Disord 2012; 136(3): 803-11.
12. Narimani M, Abbasi M, Bagyan MJ, Bakhti M. Comparison of two approaches based on Acceptance and Commitment Training (ACT) and a modified version of group therapy on early maladaptive schemas in clients in divorce. Journal of Family Counseling and Psychotherapy 2014; 4(1): 1-29. [In Persian].
13. Lee V, Robin CS, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. Soc Sci Med 2006; 62(12): 3133-45.
14. Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH. Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. J Consult Clin Psychol 2006; 74(6): 1180-91.
15. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper L, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. Psychol Rec, 1999; 49: 33-47.
16. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment. Berlin, Germany: Springer Science and Business Media; 2010. p. 213-40.
17. Zargar F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian-Sararoudi R. The third wave of behavior therapy with emphasis on Acceptance- Based Behavior Therapy. J Res Behav Sci 2013; 10(5): 383-90. [In Persian].
18. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. J Res Behav Sci 2013; 11(2): 121-8. [In Persian].
19. Gharaie-Ardekani S, Azad-Fallah P, Tavallaie A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain. Journal of Clinical Psychology 2012; 4(2): 39-50. [In Persian].
20. Anvari MH. Acceptance and commitment therapy group on indicators of pain, stress, anxiety, depression, disaster-concept and satisfaction with life in patients with chronic pain [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan; 2012.
21. Peterson C, Seligman M. Learned helplessness and victimization. J Soc Issues 1983; 39(2): 103-16.
22. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (practitioner's resource series). 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
23. 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. [In Persian].
24. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2008; 76(6): 1083-9.
25. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. The Behavior Analyst 2006; 29(2): 161-85.
26. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Knowledge and Health 2011; 6(2): 1-5. [In Persian].
27. Forman E, Herbert J. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE, Editors. Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2008. p. 263-26.
28. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav Ther 2009; 40(2): 142-54.

Proof Version

www.mui.ac.ir

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Early Maladaptive Schemas in Patients Undergoing Hemodialysis

Gholamreza Manshaie[1], Majid Zarei[2], Hamed Jafari-Valadani[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Stress resulting from treatment in patients undergoing hemodialysis will cause psychological problems. Maladaptive schemas are important in the development of psychological problems and the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on them has been approved. The aim of this study was to examine the effects of ACT on modification of early maladaptive schemas in patients undergoing hemodialysis in Isfahan, Iran, in 2015.

Methods and Materials: This clinical trial was conducted with a control group. For the purpose of this study, 30 patients undergoing hemodialysis in Zahra Hospital in Isfahan were selected through convenience sampling and divided into control and experimental groups. The two groups were matched in terms of sex, education, and marital status. The data collection tool was the Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF). A pretest was performed before the intervention, and posttest was conducted after 10 sessions (2 hours) of ACT.

Findings: Repeated measures ANOVA showed that after the initial implementation of ACT sessions, a significant difference was observed in the experimental group in terms of maladaptive schemas. It was found that ACT was affective on the modification of early maladaptive schemas (disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, impaired limits, other-directedness, overvigilance and inhibition) in patients undergoing hemodialysis ($P < 0.001$).

Conclusions: The findings indicate that ACT can be used to reduce early maladaptive schemas, and thus, psychological problems in patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Acceptance and commitment therapy (ACT), Early maladaptive schemas, Hemodialysis

Citation: Manshaie G, Zarei M, Jafari-Valadani H. **Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Early Maladaptive Schemas in Patients Undergoing Hemodialysis.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 204-9.

Received: 24.10.2015 Accepted: 14.06.2016

Proof Version

1- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Hamed Jafari-Valadani, Email: jafari.hamed7070@yahoo.com