مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز

مهران روزبهی[1]، علی محمد رضایی[2]، آزاده علیپور دولت‌آباد[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اعتیاد مرتبط می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitmen therapy یا ACT) و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد بود. از میان کل جامعه آماری (۱۵۰۰ نفر)، ۶۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه [یک گروه شاهد (۲۰ نفر)، دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر)] قرار گرفتند. جهت سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره (Young Schema Questionnaire Short form یا YSQ-SF) استفاده گردید. گروه‌های آزمایشی در ۱۲ جلسه گروه درمانی به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت نمودند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، آزمون‌های همگنی و یکسانی واریانس و آزمون تعقیبی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان‌های گروهی ACT و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیرگذار بود.

نتیجه‌گیری: روش‌های درمانی گروهی ACT و طرحواره درمانی، تا حد زیادی توانست طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش دهد و می‌تواند در درمان مبتلایان به این اختلال به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمانی، طرحواره درمانی، اعتیاد، ایران

ارجاع: روزبهی مهران، رضایی علی محمد، علیپور دولت‌آباد آزاده. **مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۴۶-۳۳۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۲۹

مقدمه

یکی از مهم‌ترین موضوعات نگران کننده در عصر حاضر، توسعه آسیب‌های اجتماعی است که موجب ایجاد چالش‌های بزرگی در سطح جوامع شده است و ضرورت مقابله با آن‌ها، نیازی اساسی می‌باشد. هر جامعه برای مقابله با چالش‌های فراروی خود، نیازمند شناخت صحیح پدیده‌های آسیب‌زا و تجزیه و تحلیل روند آن‌ها و ارایه نسخه‌های کاربردی و عملیاتی کردن آن‌ها است. یکی از این آسیب‌ها، معضل مواد مخدر و اعتیاد (Addiction) می‌باشد که هم از حیث تعداد افراد معتاد و هم از نظر پیچیدگی و رهایی از آن، از جمله مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی کشور محسوب می‌شود. اعتیاد پدیده‌ای است که آن را بلای هستی‌سوز نام نهاده‌اند؛ چرا که ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه‌ساز سقوط بسیاری از هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می‌گردد و سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد و این بلای خانمان‌برانداز هر ساله قربانیان بی‌شماری را به آغوش سرد خاک می‌کشاند (۱). بر اساس گزارش‌های آماری، وابستگی به مواد در ایران نیز روندی افزایشی داشته است و در میان انواع نابهنجاری‌ها، آسیب‌زاترین و گسترده‌ترین معضلات می‌باشد (۲).

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که بر حوزه‌های مختلف فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و زناشویی تأثیر می‌گذارد (۳). وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Early maladaptive schemas) در افراد معتاد، توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است تا راهی برای پیشرفت درمان این افراد بیابند (۴).

یکی از مکانیزم‌های زیربنایی در پدید آمدن رفتارهای ناکارامد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. این طرحواره‌ها، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان در فرد هستند که به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی در ابتدای رشد و تحول، در ذهن شکل می‌گیرند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه در عمیق‌ترین سطح شناخت، اغلب بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی همچون افسردگی، اضطراب،

۱- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران
نویسنده مسؤول: مهران روزبهی
Email: roozbehi93@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

ارتباطات ناکارامد، اعتیاد، اختلالات رفتاری، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌سازند (۵). در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به شناخت و معرفی فرایندهای شناختی شده است. یکی از عوامل شناختی نیازمند توجه در زمینه اعتیاد، حوزه طرحواره‌ها است (۶). تصور می‌شود که مصرف مواد، یکی از راهبردهای کنار آمدن است که فرد برای دوری از تأثیر منفی طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته شده به کار می‌برد (۷).

پژوهش‌های فراوانی در مورد درمان اعتیاد انجام گرفته است. نتایج مطالعه کیانی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Acceptance and commitmen therapy یا ACT) در سوء مصرف کنندگان شیشه مؤثر می‌باشد (۸). همچنین، نتایج تحقیق عسکری جنت‌آبادی حاکی از آن بود که طرحواره درمانی گروهی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر تأثیر دارد (۹).

امروزه نسل سوم درمان‌هایی وجود دارد که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش (Acceptanebased models) دسته‌بندی نمود و از آن جمله می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy یا MBCT) (۱۰)، درمان فراشناختی (۱۱) و ACT (۱۳، ۱۲) اشاره کرد. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف اصلی در رویکرد ACT، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل گردد (۱۴). این روش تأثیر بسزایی در زمینه درد مزمن، سوء مصرف مواد (۱۴) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۱۵) دارد.

طرحواره درمانی که توسط Young و همکاران به وجود آمد، درمان نوین و یکپارچه‌ای است که به طور عمده بر اساس بسط وگسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) کلاسیک بنا شده است (۱۶). طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی- رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق نموده است. در پژوهش‌های بسیاری از طرحواره درمانی برای بهبود ناسازگاری بین زوجین استفاده شده است (۱۷). همچنین، این روش در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد، مؤثر بود (۱۷). بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده، آنچه که ذهن پژوهشگر را به خود مشغول کرده است، این بود که آیا تفاوتی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه مداخله (گروه ACT و طرحواره درمانی گروهی) و گروه شاهد در افراد معتاد وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش تجربی و به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد انجام شد. گروه درمانی ACT و طرحواره درمانی گروهی، متغیر مستقل یا تأثیرگذار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز متغیر ملاک مطالعه محسوب شد. ابتدا آمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند و گروه‌های آزمایش به گونه‌ای تقسیم‌بندی گردید که شرایط قبل از اجرای آزمایش برای آن‌ها یکسان بود و همچنین، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. سپس با دستکاری متغیر مستقل، تأثیر آزمایش مورد نظر بر روی متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت (۹). جامعه آماری پژوهش شامل تمام معتادان مرد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز بود (۱۵۰۰ نفر). با توجه به جامعه مورد مطالعه، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردید. از میان جامعه آماری، ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه [یک گروه شاهد (۲۰ نفر) و دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر)] تقسیم شدند و سپس در دو مرحله قبل و بعد از ارایه درمان مورد سنجش قرار گرفتند.

داده‌ها با استفاده از فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره (Young Schema Questionnaire Short form یا YSQ-SF) جمع‌آوری گردید. این پرسش‌نامه در قالب یک مقیاس خودگزارشی و دارای ۷۵ ماده، در سال ۱۹۹۸ توسط Young و همکاران طراحی شد. مقیاس YSQ-SF بر پایه مشاهدات بالینی، ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در پنج حوزه (طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) ارزیابی می‌کند (۱۶). هر مؤلفه با استفاده از مقیاس درجه‌بندی شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که به صورت «۱ = کاملاً در مورد من نادرست است، ۲ = تقریباً در مورد من نادرست است، ۳ = مقداری درست است تا این که غلط باشد، ۴ = اندکی در مورد من درست است، ۵ = تقریباً درباره من درست است و ۶ = کاملاً در مورد من درست است» می‌باشد. بنابراین، نمره کل این پرسش‌نامه با جمع ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر، هر خرده مقیاس پنج ماده دارد که نوع طرحواره ناسازگار اولیه را اندازه‌گیری می‌کند. مطالعه‌ای اعتبار پرسش‌نامه YSQ-SF را بر روی نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کرد (۱۸). روایی همگرایی این ابزار با مقیاس‌های اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت توسط Young و همکاران (۷) بررسی شد و نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، با صفات مثبت مانند اعتماد به نفس و عاطفه مثبت ارتباط منفی دارد و با صفاتی همچون اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و اختلال عملکرد نگرش ارتباط مثبتی دارد. مقیاس YSQ-SF در ایران توسط آهی بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران (۲۵۲ زن و ۱۳۵ مرد) هنجاریابی شد و همسانی درونی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مردان ۰/۹۸ به دست آمد (۱۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه ۰/۸۸ محاسبه گردید. همچنین، پایایی مؤلفه‌های طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۹۲ گزارش شد.

بعد از تعیین نمونه‌های پژوهش، با بررسی مشخصات کلی آزمودنی‌ها و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی، سه گروه ۲۰ نفره از جامعه مورد نظر جدا شد. آزمودنی‌ها به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد قرار گرفتند و همه آن‌ها مقیاس YSQ-SF را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل نمودند. گروه‌های آزمایشی در ۱۲ جلسه گروه درمانی، بر اساس دو رویکرد طرحواره درمانی و ACT به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. انجام تحقیق حدود ۳ ماه به طول انجامید. در جلسات گروه، بعد از ایجاد انگیزه درمان و حس اعتماد بین اعضای گروه، به آموزش قواعد و تکنیک‌های روش‌های درمانی پرداخته شد. در جداول ۱ و ۲ خلاصه‌ای از طرح درمانی دو روش درمانی مذکور ارایه شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسات درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر روی گروه آزمایش
جلسه اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی و نحوه تکمیل پرسش‌نامه طرحواره، تکمیل کردن پرسش‌نامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، ارایه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با سوء مصرف مواد، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا، ارایه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره، ارایه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارایه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارایه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارایه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارایه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارایه تکلیف
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگو بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارایه تکلیف
جلسه دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارایه تکلیف
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارایه تکلیف
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

یافته‌ها

بر اساس نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov، مقدار آماره Z و سطح معنی‌داری به ترتیب ۱/۳۵ و ۰/۰۶۸ به دست آمد. از آن‌جایی که مقدار P برای متغیر پژوهش معنی‌دار نبود (P > ۰/۰۵۰)، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر رعایت شده است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده نمود.

برای اجرای آزمون کواریانس، باید پیش‌فرض‌های آزمون شامل یکسانی واریانس‌ها و همگن بودن رگرسیون مد نظر قرار گیرد. بنابراین، موارد فوق قبل از انجام کواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نسبت F در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۲/۱۰ و سطح معنی‌داری ۰/۱۳ به دست آمد که معنی‌دار نبود و این امر بیانگر یکسانی واریانس‌ها است. همچنین، به دلیل این که مقدار P برای متغیر وابسته از ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد، شرط همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. با توجه به این که هر دو پیش‌فرض آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است، پس می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نمود.

جدول ۲. خلاصه جلسات گروهی رویکرد Acceptance and commitmen therapy (ACT)

جلسات درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر روی گروه آزمایش
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارایه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه‌حل‌های ناکارامد برای حل مشکل، ارایه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است، معرفی کنترل به عنوان مسأله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی‌گراف و ارایه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارایه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، ارایه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، ارایه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، ارایه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارایه تکلیف
جلسه نهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارایه تکلیف
جلسه دهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک‌های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند، ارایه تکلیف
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارایه تکلیف
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارایه تکلیف دایمی، اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها

درمان	طرحواره درمانی		ACT		شاهد	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
طرد و بریدگی	۵۶/۳ ± ۱۷/۳	۲۸/۶ ± ۱۸/۸	۵۰/۱ ± ۱۶/۶	۴۳/۳ ± ۱۷/۲	۶۰/۱ ± ۲۰/۲	۵۹/۲ ± ۱۹/۲
خودگردانی و عملکرد مختل	۴۰/۳ ± ۱۹/۸	۱۸/۳ ± ۱۷/۵	۴۱/۵ ± ۱۵/۴	۳۸/۳ ± ۱۷/۸	۴۴/۳ ± ۱۶/۷	۴۴/۳ ± ۱۸/۳
دیگرجهت‌مندی	۳۲/۲ ± ۱۳/۵	۱۴/۳ ± ۱۱/۳	۳۰/۲ ± ۱۲/۵	۲۶/۲ ± ۱۱/۵	۳۴/۲ ± ۱۲/۹	۳۳/۲ ± ۱۱/۳
محدودیت‌های مختل	۱۹/۳ ± ۹/۲	۱۳/۰ ± ۹/۶	۱۵/۶ ± ۹/۳	۱۲/۹ ± ۷/۹	۱۹/۶ ± ۸/۹	۱۹/۴ ± ۷/۶
گوش به زنگی بیش از حد	۵۵/۴ ± ۱۹/۷	۲۵/۶ ± ۱۹/۳	۴۹/۲ ± ۱۸/۲	۴۵/۶ ± ۱۸/۷	۵۶/۵ ± ۱۹/۱	۵۶/۶ ± ۱۶/۸
طرحواره ناسازگار اولیه	۲۰۳/۵ ± ۴۰/۲	۹۹/۸ ± ۴۱/۳	۱۸۶/۶ ± ۳۸/۶	۱۶۸/۳ ± ۴۳/۹	۲۱۴/۷ ± ۴۲/۴	۲۱۳/۲ ± ۴۶/۹

ACT: Acceptance and commitmen therapy

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۷/۳۷ ± ۲۸/۲۴ سال به دست آمد. مشارکت کنندگان از نظر وضعیت تحصیلی، تحصیلات زیر دیپلم (۵۵/۶ درصد)، دیپلم (۵۵/۶ درصد) و دانشگاهی (۸/۸ درصد) داشتند. ۷۱/۱ درصد آزمودنی‌ها متأهل و ۲۸/۹ مجرد بودند.

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای مورد بررسی بر اساس گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۳ ارایه شده است.

با توجه به داده‌های جدول ۳، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین، نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پس‌آزمون کاهش یافت.

بررسی فرضیه

فرضیه پژوهش: روش‌های ACT و طرحواره درمانی گروهی بر بهبود مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر دارد.

بر اساس داده‌های جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی و روش ACT) و شاهد در مؤلفه‌های محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد وجود داشت؛ به گونه‌ای که میزان این مؤلفه‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود. همچنین، در همه مؤلفه‌ها بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، هر دو مداخله توانست بر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیرگذار باشد.

فرضیه پژوهش با توجه به داده‌های جدول ۴ تأیید شد. بنابراین، هر دو روش درمانی بر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد) مؤثر بود و باعث کاهش این مؤلفه‌ها شد.

جهت مشخص شدن این که از نظر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین گروه‌ها چه مقدار تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی Tukey استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارایه شده است.

نتایج آزمون Tukey نشان داد که مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد) در هر دو گروه درمانی به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۵۰$). در مؤلفه‌های طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی طرحواره درمانی و روش ACT به ترتیب بیشترین تفاوت را با گروه شاهد داشت. در دو مؤلفه محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد نیز طرحواره درمانی و روش ACT به ترتیب بیشترین تفاوت را با گروه شاهد نشان داد.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره عضویت گروهی بر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر وابسته	منبع تغییر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	ضریب اتا
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۱	۱۶۰/۸۷	۲۲۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	عضویت گروهی	۳	۳/۳۵	۱۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱
طرد و بریدگی	پیش‌آزمون	۱	۲۱۱/۴۵	۱۳۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	عضویت گروهی	۳	۳/۵۸	۱۱/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش‌آزمون	۱	۱۲۱/۴۴	۹۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	عضویت گروهی	۳	۲/۷۶	۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹
دیگرجهت‌مندی	پیش‌آزمون	۱	۲۰۳/۰۸	۸۹/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	عضویت گروهی	۳	۴/۸۳	۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵
گوش به زنگی بیش از حد	پیش‌آزمون	۱	۳۲۵/۵۶	۱۵۲/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	عضویت گروهی	۳	۵/۳۷	۷/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین تفاوت میانگین مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	گروه	ACT		طرحواره درمانی		شاهد	
		تفاوت میانگین	مقدار P	تفاوت میانگین	مقدار P	تفاوت میانگین	مقدار P
طرد و بریدگی	ACT	–	–	۱۴/۴۳	۰/۰۰۱	۱۵/۹	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	−۱۴/۴۳	۰/۰۰۱	–	–	۳۰/۶	۰/۰۳۰
	شاهد	−۱۵/۹	۰/۰۰۱	−۳۰/۶	۰/۰۳۰	–	–
خودگردانی و عملکرد مختل	ACT	–	–	−۲۰	۰/۰۰۱	۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	−۲۰	۰/۰۰۱	–	–	۲۶	۰/۰۰۱
	شاهد	−۶	۰/۰۰۱	−۲۶	۰/۰۰۱	–	–
دیگرجهت‌مندی	ACT	–	–	−۱۱/۸۷	۰/۰۰۱	۷	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	۱۱/۸۷	۰/۰۰۱	–	–	۱۸/۸۷	۰/۰۰۱
	شاهد	−۷	۰/۰۰۱	−۱۸/۸۷	۰/۰۰۱	–	–
محدودیت‌های مختل	ACT	–	–	۰/۱	۰/۱۹۰	۶/۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	−۰/۱	۰/۱۹۰	–	–	۶/۴	۰/۰۰۱
	شاهد	−۶/۵	۰/۰۰۱	−۶/۴	۰/۰۰۱	–	–
گوش به زنگی بیش از حد	ACT	–	–	۲۰	۰/۰۰۱	۱۱	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	−۲۰	۰/۰۰۱	–	–	۳۱	۰/۰۰۱
	شاهد	−۱۱	۰/۰۰۱	−۳۱	۰/۰۰۱	–	–

ACT: Acceptance and commitmen therapy

بر اساس داده‌های جدول ۵، میانگین نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد) گروه‌های درمانی در پس‌آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۵۰$). در مؤلفه طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی، طرحواره درمانی و روش ACT به ترتیب بیشترین تفاوت را با گروه شاهد نشان داد. در دو مؤلفه محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد، طرحواره درمانی و روش ACT به ترتیب بیشترین تفاوت را با گروه شاهد داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروهی روش ACT و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روش‌های گروهی ACT و طرحواره درمانی، بر بهبود مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیرگذار می‌باشد و فرضیه پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. بر این اساس، این دو روش تا حد زیادی توانست منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه شود. تحقیقات پیشین به این نتیجه رسیده‌اند که روش ACT گروهی باعث تعدیل مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود (۲۰، ۱۵). همچنین، مطابق با یافته‌های برخی از مطالعات، طرحواره درمانی باعث تعدیل مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود (۲۳-۲۱) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. در بررسی حاضر، اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در جلسات درمانی، منجر به بهبود و کاهش علایم گردید و این تغییر کاهشی در دوره پیگیری با ثبات باقی ماند.

به کارگیری تکنیک‌های تجربی در مطالعه حاضر مطابق با نظریه طرحواره درمانی Young و همکاران (۱۶)، تأثیرات درمانی مهمی بر آزمودنی‌ها داشت. در واقع، تکنیک‌های تجربی دو هدف عمده دارند؛ برانگیختن هیجانات مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازوالدینی بیمار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی (۲۴). استفاده از این تکنیک توانست تا حدودی آگاهی و تنظیم هیجانات را تسهیل کند و با شناخت ذهنیت‌های طرحواره‌ای شامل کودک بزرگ‌منش، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت و ذهنیت کودک بی‌انضباط، رفتارهای جبران افراطی (مانند بی‌توجهی به حق و حقوق دیگران و سوء استفاده از آن‌ها، عدم توجه به قوانین و اعتقادات مذهبی و بایدها و نبایدها) و رفتارهای اجتنابی (مانند بی‌تفاوتی در انتخاب همسر، اجتناب از موقعیت‌ها و افراد متوسط و معمولی، انجام ندادن کارهای روزمره و وظایف خانه‌داری) را آماج مداخلات درمانی قرار دهد. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، مهم‌ترین هدفی بود که در طول مداخله سعی شد انجام شود و نوسان ذهنیت‌ها به سمت این ذهنیت متمرکز گردد.

در تبیین دیگری می‌توان گفت که طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه تأثیرگذاری آن ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

زندگی در درمان و ارایه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین، با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد، فرصتی را برای بهبود فراهم می‌آورد. طرحواره درمانی در فرایند درمان، به بیمار کمک می‌نماید تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود آورد و بدین ترتیب، ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی بیماران را یاری می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌تواند با استفاده از شواهد عینی و تجربی، بر علیه آن‌ها بجنگد. هدف راهبردهای رفتاری، کمک به بیماران برای غلبه بر اجتناب آن‌ها از موقعیت‌های اجتماعی است. یکی از تکنیک‌های عمده رفتاری در این رویکرد، مواجهه و پیشگیری از پاسخ می باشد. در واقع، مواجهه بافت مناسبی برای فعال سازی و اصلاح طرحواره‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی ایجاد می‌نماید. همچنین، از آن‌جا که تأکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در برمی‌گیرد، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یابد، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را در موقعیت‌های اجتماعی تنظیم نماید.

در تبیین دیگر، می‌توان بیان نمود که طرحواره‌ها هسته خودپنداره هر فردی 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 (۲۶).

رویکرد ACT تغییر روابط با تجربیات 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 و به دنبال آن، کاهش اعمال کنترل ناموثر می‌گردد (۲۷). در این درمان، به فرد آموزش داده می‌شود که هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته، بی تأثیر است و یا اثر معکوسی دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌گردد و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت (۲۹). در نتیجه، این درمان به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را بفهمند و از تجارب درونی خود کمک بگیرند؛ به ویژه این نکته را درک نمایند که تجارب، کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم این مطالب برای تغییر کافی نیست. بنابراین، زمان کافی به 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 قضاوت گرایانه 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 کنند.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به ابزار جمع‌آوری داده‌ها (فقط پرسش‌نامه) اشاره نمود. همچنین، پژوهش تنها در میان بیماران دارای سوء مصرف مواد شهر شیراز انجام گرفت. بنابراین، در تعمیم یافته‌های آن به سایر نمونه‌های مشابه و غیر مشابه، باید جوانب احتیاط رعایت گردد و در نهایت، باید ذکر نمود که این افراد (معتادان تحت درمان) 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 سوء مصرف کنندگان مواد و مشکلات روان‌شناختی آنان و خانواده‌شان اهمیت فراوانی دارد؛ چرا که این افراد به دلیل مشکلات فراوان، ممکن است دچار اختلالات رفتاری و روانی شدیدی شوند.

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر و مقایسه آن با نتایج تحقیقات مشابه، طرحواره درمانی و رویکرد ACT در بهبود و کاهش علایم افراد دارای سوء مصرف مواد، از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند در درمان مبتلایان به این اختلال به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات کارکنان بیمارستان‌های دکتر محرری، ابن‌سینا و حافظ به جهت فراهم کردن امکان نمونه‌گیری سپاسگزاری می‌گردد. همچنین، از بیماران محترم و جناب آقای دکتر علی محمد رضایی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Shams Esfandabad H, Nejadnaderi S. A comparative study of the quality of life and religious attitude among Addicted / non-addicted individuals in Kerman City. Journal of Psychological Studies 2009; 5(1): 139-52. [In Persian].
2. Aghabakhshi H. Family Addiction and pathology: Social worker approach. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publications; 1999. [In Persian].
3. Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif_Nia H. Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2010; 18(3): 207-14. [In Persian].
4. Safari F. addiction and women; Gender differences concerning drug abuse and its treatment. Research on Addiction 2002; 1(2): 119.
5. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
6. Dozois DJ, Martin RA, Bieling PJ. Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. Cognit Ther Res 2009; 33: 585.
7. Young JE, Klosko JS, Weishaa ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Trans. Hamid Pour H, Andouz Z. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2007. [In Persian].
8. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. Research on Addiction 2013; 6(24): 27-36.
9. Askari Janat Abadi M. Review and compare the effectiveness of group schema therapy and group reality therapy in decreasing the rate of recurrence and increasing the general health of addicts [MSc Thesis]. Birjand, Iran: Birjand Branch, Islamic Azad University; 2012. [In Persian].
10. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression, a new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford Publications; 2002.
11. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2002.
12. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Publications; 1999.
13. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper JD, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. Psychol Rec 1999; 49(1): 33-47.
14. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modif 2007; 31(6): 772-99.
15. Narimani M, Abbasi M, Javad Bagyan M, 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].
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
17. 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. [In Persian].
18. Rijkeboer M. Validation of the young schema questionnaire. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, Editors. The wiley-blackwell handbook of schema Therapy: theory, research, and practice. New York, NY: John Wiley & Sons; 2012.
19. Ahi GH. Standardization of the young form schema questionnaire (factor structure analysis) among the students of Tehran Universities [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaei University; 2005. [In Persian].
20. 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.
21. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(6): 649-58.
22. Tabatabaee Barzoki S, Sohrabi F, Karimi Zarchi M. The effectiveness of training schema therapy's experiential techniques on the depressed persons' schemas. Counseling Culture and Psychotherapy 2012; 3(11): 75-86. [In Persian].
23. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. Clinical Psychology Studie 2016; 6(24): 1-28. [In Persian].
24. Behary WT, Dieckmann E. Schema therapy for narcissism: The art of empathic confrontation, limit-setting, and leverage. In: Campbell WK, Miller JD, Editors. The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments. New York, NY: John Wiley & Sons; 2011. p. 445-56.
25. 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.
26. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. Behav Anal 2006; 29(2): 161-85.
27. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Knowledge Health 2011; 6(2): 1-5. [In Persian].
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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]

Comparing the Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment and Schematic Therapies on Early Maladaptive Schemas in Addicted Patients of Shiraz Hospitals, Iran

Mehran Roozbehi[1], Ali Mohammad Rezaie[2], Azadeh Alipoor-Dolatabad[1]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Addiction and its unpleasant consequences are one of the most important public health problems worldwide. Initial maladaptive schemas are related to addiction. The purpose of this study was to compare the effectiveness of admission and commitment therapy (ACT) and schema therapy on early maladaptive schemas in addicted people.

Methods and Materials: The research method was pre-test, post-test experimental study with control group. The statistical population included 1500 people. A sample of 60 people was selected and randomly assigned to 3 groups, one control group (n = 20), and two experimental groups (n = 20, each). Young schema questionnaire short form (YSQ-SF) was used to measure early maladaptive schemas. The experimental groups participated in 12 sessions of the treatment group weekly for two 90-minute sessions. Descriptive statistics including mean and standard deviation, and inferential statistics were analyzed using covariance analysis, homogeneity and uniformity tests of variance and post hoc test.

Findings: ACT and schema therapy were effective on the components of early maladaptive schemas.

Conclusions: The group-based ACT and schema therapy have been able to reduce early maladaptive schemas and can be used in the treatment of patients with this disorder.

Keywords: Early maladaptive schemas, Acceptance and commitment therapy, Group therapy, Schema therapy, Addiction, Iran

Citation: Roozbehi M, Rezaie AM, Alipoor-Dolatabad A. **Comparing the Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment and Schematic Therapies on Early Maladaptive Schemas in Addicted Patients of Shiraz Hospitals, Iran.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 339-46.

Received: 16.06.2017 Accepted: 20.08.2017

1- Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Yasooj Branch, Yasooj, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran
Corresponding Author: Mehran Roozbehi, Email: roozbehi93@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.10.3]