

تبیین میزان اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی گروهی بر اختلالات شخصیت دسته B مردان وابسته به مواد

رامین افشاری^۱، ایرج زارع^۲، لادن معین^۳، قاسم نظیری^۴، محمدرضا نقوی^۵

چکیده

هدف از این پژوهش، تبیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در تعدیل نمرات اختلالات شخصیت افراد وابسته به مواد می باشد. این تحقیق بر روی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز دولتی شهرستان شیراز انجام گرفت. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از افراد تحت درمان بوده که به روش تصادفی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده شامل مصاحبه بالینی بر اساس DSM، پرسشنامه کوتاه طرحواره های ناسازگار یانگ، پرسشنامه چند محوری میلون II، پرسشنامه پیشرفت درمان MAP بوده و روش های آماری استفاده شده در این تحقیق، روش های توصیفی و غیر پارامتریک مان ویتنی U می باشد. در پایان دوره درمان، اختلاف نمرات قبل و بعد از درمان در محورهای اختلالات شخصیت دسته B، پیشرفت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری را نشان داد. در نتیجه طرحواره درمانی گروهی می تواند بعنوان یک رویکرد درمانی مناسب در بهبود علائم اختلال شخصیت، تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و پیشرفت درمان افراد وابسته به مواد در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: طرحواره، اختلال شخصیت دسته B، گروه درمانی، وابستگی به مواد، پرسشنامه.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

۱ - دکترای تخصصی روانپزشکی، مدیر درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و رئیس شورای عالی پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی شیراز afshari@sums.ac.ir

۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳ - دکترای مشاوره، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت

۴ - دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات فارس

۵ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

سوء مصرف مواد، یکی از مشکلات نظام سلامت کشور است. ستاد مبارزه با مواد مخدر، جمعیت افراد وابسته به مواد کشور را رقمی حدود ۱/۲ میلیون نفر تخمین زده است. این در حالی است که برخی از صاحب نظران، این آمار را بین دو تا پنج میلیون نفر تخمین زده اند (ماهیارآذر، سیما ندمی ۱۳۸۷).

بهره گیری از روشهای علمی درمان وابستگی به مواد، از سال ۱۳۸۱ در کشورمان شروع شده است. هم اکنون اکثر متخصصین و صاحب نظران درمان وابستگی به مواد بر این باور هستند که وابستگی به مواد یک اختلال روانی، ژنتیکی، جسمی و اجتماعی می باشد. بر این اساس، تنوعی از درمان های دارویی، روانشناختی و مداخلات اجتماعی برای کنترل آن طراحی شده است. آنچه که اهمیت دارد این است که فرد وابسته به مواد، بر اساس شرایط و مشخصات خاص خود به برنامه درمانی مناسب هدایت شود (شهرام نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

در مطالعات مختلف، بین ۳۵ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد واجد ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی ۱۳۸۷). پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد طرحواره محور که درمانی نوین و نوید بخش در زمینه اختلالات مزمنی همچون وابستگی به مواد و اختلال شخصیت است، سعی دارد به شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی بوجود آمده، به زندگی بزرگسالی راه یافته و اغلب نیز ناکارآمد هستند، بپردازد تا بتواند در زمینه درمان این بیماران گامی بردارد. از آنجایی که طرحواره درمانی خصوصاً در زمینه وابستگی به مواد و اختلال شخصیت روشی نوین است، آشکار است که چنین دانشی می تواند مثرترم واقع شود. زیرا روانشناسان و درمانگران را قادر به شناخت و درمان طرحواره های ناسازگار اولیه نموده و به درمان وابستگی روانی این بیماری مقاوم به درمان کمک خواهد کرد.

طرحواره درمانی به درمانگر کمک می کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق تر تعریف کرده و آنها را به گونه ای قابل درک سازماندهی کند. در این مدل، ردپای طرحواره ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می شود. با بکارگیری این مدل، بیماران می توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهمخوان دیده و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طرحواره ها با بیماران هم پیمان می شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می کنند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳).

یانگ تغییر یا نافع‌سازی طرحواره‌ها را هسته اصلی رفتار درمانی شناختی و محور بنیادین در درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مزمن مانند وابستگی به مواد می‌داند. (یانگ، ۱۹۹۶ به نقل از صاحبی، ۱۳۸۴).

هدف از این مطالعه، تبیین اثر بخشی رویکرد طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نمرات اختلالات شخصیت دسته B به دست آمده از تست ۲ میلیون، بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بدست آمده از پرسشنامه کوتاه طرحواره یانگ، کاهش تست‌های مثبت مواد اعتیادآور و پیشرفت در درمان MMT براساس پرسشنامه MAP در گروه آزمون می‌باشد.

بر اساس مطالعه ای که توسط بال بر روی ۳۷۰ نفر از افراد وابسته به الکل و مواد مخدر افیونی انجام گرفت، اختلال شخصیت گروه B در بین آنها متداول‌ترین و بعد از آن اختلال شخصیت گروه A و C قرار داشت. متداولترین اختلال شخصیت در این بیماران، شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی- مرزی و اجتنابی بود (بال ۱۹۹۸، به نقل از آقایی).

در پژوهشی، اثر بخشی طرحواره درمانی بر اختلال مرزی (BPD) مورد مطالعه قرار گرفت. در این تحقیق مطالعات موردی روی شش نمونه که با اختلال شخصیت مرزی شناخته شدند انجام شد. رویکرد درمانی شامل عوامل اصلی و درونی طرحواره، با تاکید بر باز والدینی حد و مرز دارد و تاکید بر طرحواره‌های غالب قرار گرفت. در پایان، بهبودی قابل ملاحظه پنج نفر از آنان در طول درمان مشهود بود و بعد از اتمام درمان، سه نفر از آنها بطور کلی علائمی از (BPD) را نشان ندادند (هانس نورمال، نیساتر^۲، ۲۰۰۵).

در اکتبر سال ۲۰۰۶ برای اولین بار در یک تحقیق گسترده نشان داده شد که درصد زیادی از بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، توانستند از علائم بیماری بهبودی کامل پیدا کنند. این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند در بیماران، بهبودی قابل ملاحظه‌ای را بوجود آورد. موفقیت در درمان رابطه قوی با طول مدت درمان و شدت درمان دارد (دو جلسه در هفته برای مدت سه سال). (دکتر جوزفین، دکتر گیسن بلو و دکتر ارنود آرنتز^۳).

در مطالعه‌ی دیگری، اثر بخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی را نسبت به درمانهای رایج فردی در مدت ۸ ماه در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مورد مقایسه قرار دادند. یافته‌های مبنی بر تغییر در گروه طرحواره درمانی ۹۴ درصد و در درمانهای فردی رایج ۱۶ درصد بود. این

1 -borderline personality disorder

2 -Hns nordahl, nysater

3 - Dr. Josephine Giesen-Bloo and Dr. Arnoud Arntz

مطالعه اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر طرحواره را در بهبودی و اصلاح عملکرد کلی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را حمایت میکند (فارل و همکاران ، ۲۰۰۸)^۱

روش تحقیق

پژوهش حاضر، مطالعه ای شبه آزمایشی (نیمه تجربی) بر اساس طرح گروه کنترل است که از بین مراکز MMT دولتی سطح شهر یکی به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس ۳۰ نفر از افراد تحت درمان این مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ملاکهای مورد نظر در افراد انتخابی مورد توجه قرار گرفته و افرادی که شرایط تحقیق را نداشتند به روش تصادفی جایگزین شدند. در پایان، افراد انتخابی به روش تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل جای داده شدند. کلیه آزمودنی ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه گروه درمانی بر اساس رویکرد طرحواره محور به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه ای شرکت نمودند. در جلسات گروه بعد از ایجاد انگیزه درمان و حس اعتماد بین اعضای گروه، با آموزش طرحواره ها به اعضا با استفاده از تکنیک های این رویکرد به اعضا کمک شد تا ضمن شناخت طرحواره های غالب در خود به اصلاح و تغییر این طرحواره ها در خود بپردازند .

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه مردان وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز MMT دولتی در شهر شیراز می باشد.

- ویژگیهای جمعیت شناسی آزمودنی ها

فراوانی گروه کنترل ۱۵ نفر یعنی ۶۰٪ از فراوانی را به خود اختصاص داده و فراوانی گروه آزمون ۱۰ نفر، یعنی ۴۰ درصد از فراوانی را به خود اختصاص داده است. ۵ نفر از اعضای گروه آزمایش در طی دوره درمان به دلیل تغییر محل زندگی ، تغییر محل درمان و دیگر دلایل از ادامه درمان انصراف دادند.

جدول شماره یک نشانگر ویژگی های دموگرافیک افراد مورد پژوهش در این مطالعه می باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1- Joan M. Farrell a,*, Ida A. Shawb, Michael A. Webber ۲۰۰۸

جدول ۱. فراوانی گروه‌های آزمایش و کنترل بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	طبقه بندی	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل
وضعیت تحصیلات	سوم راهنمایی	۶	۷	۱۳
	دیپلم	۴	۸	۱۲
وضعیت تاهل	متاهل	۵	۵	۱۰
	مجرد	۵	۱۰	۱۵
سن	۲۰-۳۰ سال	۲	۶	۸
	۳۱-۴۰ سال	۶	۶	۱۲
	۴۱-۵۰ سال	۲	۲	۴
	۵۱-۶۰ سال	۰	۱	۱
سابقه اعتیاد	۵-۱۰ سال	۳	۵	۸
	۱۱-۱۵ سال	۰	۷	۷
	۱۶-۲۰ سال	۴	۱	۵
	۲۱-۲۵ سال	۲	۲	۴
	۲۶-۳۰ سال	۱	۰	۱
سابقه درمان متادون	۱-۲ سال	۳	۶	۹
	۲-۳ سال	۲	۵	۷
	۳-۴ سال	۱	۳	۴
	۴-۵ سال	۴	۱	۵

ابزارهای پژوهش

۱ - مصاحبه تشخیصی: جهت تشخیص اختلالهای محور یک، به دست آوردن اطلاعات دموگرافیک، بررسی تاریخچه زندگی، مشکلات فعلی و ارزیابی گروه آزمایش جهت شروع طرحواره درمانی.

۲ - فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره های یانگ (YSQ-SF)^۱

این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم است که توسط جفری یانگ (۱۹۸۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. هنجاریابی پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF) در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) انجام شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زنان ۹۷/ و در جمعیت مردان ۹۸/ به دست آمده است (آهی، ۱۳۸۴ به نقل از لطفی، ۱۳۸۵).

۳ - پرسشنامه چند محوری میلون - ۲ (MCMII-II)^۱

1- Young schema Questionnaire- short form

پرسشنامه چند محوری میلون، یک پرسشنامه خود سنج استاندارد شده است که دامنه گسترده ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می سنجد (گراث- مارنات، ۱۳۸۴).^۲

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون -۲ اولین بار توسط خواجه موگهی و همکاران (۱۳۷۲) در ایران معرفی و هنجار یابی شد.

پرسشنامه MAP

این پرسشنامه توسط جان مرسدن، مایکل ژوزف و همکاران در سال ۱۹۹۸ در مرکز روانپزشکی موسسه ملی وابستگی به مواد در لندن تهیه گردید. این پرسشنامه مشکلات بیماران را از چهار جنبه بررسی می کند:

- ۱- مصرف مواد مخدر مختلف و الکل.
- ۲- رفتارهای پر خطر از نظر بهداشتی.
- ۳- بررسی سلامت جسمی و روانی.
- ۴- بررسی عملکرد فردی و اجتماعی.

این پرسشنامه برای افراد بزرگسال تهیه شده و در طول ۱۲ دقیقه قابل اجرا است و نمره گذاری بر اساس راهنمای آن حدود ۲-۳ دقیقه طول می کشد. این پرسشنامه به طور اختصاصی جهت تحقیق طراحی شده است و همچنین از آن می توان جهت بررسی وضعیت بیماران و روند بهبودی آنها در طول دوره درمان استفاده کرد. (دکتر جان مرسدن و همکاران، مرکز ملی وابستگی به مواد، انستیتو روانپزشکی / بیمارستان مادزلی لندن، ۱۹۹۸)^۳

یافته ها

در ادامه به ارائه نتایج این پژوهش پرداخته خواهد شد. لازم به توضیح ایت که در بخش تحلیل های استنباطی به دلیل تعداد کم نمونه آزمون و کنترل، یکسان نبودن تعداد افراد گروه آزمون و کنترل در پایان پژوهش و یکسان نبودن گروه کنترل و آزمون در ویژگیهای مختلف، نمودار Q-Q-PLOT برای آن رسم گردید و مشخص شد که منحنی توزیع نمونه های پژوهش نرمال نمی باشد. به همین خاطر برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری غیر پارامتریک من ویتنی U استفاده گردیده است.

1 - Millon clinical multiaxial inventory

2 - Groth- Marnat

3 - Marsden, J., Gossop, M., 1998

همچنین از آنجایی که برای انجام پژوهش مرکز پژوهشی خاصی وجود نداشت، پژوهش در مرکز درمانی انجام گرفته است. در این مرکز پزشک، پرستار، روانشناس و مددکار اجتماعی مشغول به فعالیت بوده و فعالیت‌های متنوعی از جمله دارو درمانی، گروه درمانی، مشاوره فردی و ... جهت کمک به مراجعان انجام می‌دهند. بنابراین متغیرهای تعدیل‌کننده متفاوتی در انجام پژوهش نقش خواهند داشت. به جهت حذف تاثیر این متغیرهای تعدیل‌کننده بر آزمودنیها در مدت زمان پژوهش، ما ابتدا نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر گروه را محاسبه و اختلاف آن را بدست آوردیم. در آخر نمرات حاصل از این تفاوت را جهت بررسی اثربخشی درمان مورد ارزیابی آماری قرار دادیم.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی ($Z=-2/71$)، رها شدگی ($Z=-3/89$)، بی‌اعتمادی ($Z=-3/08$)، انزوای اجتماعی ($Z=-3/67$)، نقص و شرم ($Z=-3/90$)، شکست ($Z=-2/47$)، وابستگی ($Z=-3/14$)، آسیب‌پذیری در برابر ضرر ($Z=-4/03$)، گرفتاری ($Z=-3/74$)، استحقاق ($Z=3-/69$)، خویشتن‌داری ($Z=-3/66$)، اطاعت ($Z=-2/84$)، ایثار ($Z=-4/03$)، بازداری هیجانی ($Z=-4/04$) و معیارهای سرسختانه ($Z=-4/19$) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند ($P</0.05$). این یافته‌ها با پژوهش‌های یانگ ۲۰۰۳، بال ۱۹۹۸، هانس نوردمال و نیساتر ۲۰۰۵، دکتر جوزفین و گیسن بلو ۲۰۰۶ و یافته‌های محمدی ۱۳۸۸ که همگی بر اثر بخش بودن طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه تاکید می‌کنند همسو می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول ۲. نتایج آزمون من ویتنی U جهت مقایسه میانگین گروه کنترل و آزمایش در طرحواره ناسازگار اولیه

P	Z	دامنه	میانگین	شاخص طرحواره
/۰۰۷	-۲/۷۱	۲/۲۰	-/۰۳	محرومیت هیجانی
/۰۰۱	-۳/۸۹	۲/۲۰	/۶	رها شدگی
/۰۰۲	-۳/۰۸	۴/۸۰	/۲۸	بی اعتمادی / بد رفتاری
/۰۰۱	-۳/۶۷	۴	/۱۳	انزوای اجتماعی
/۰۰۱	-۳/۹۰	۴/۶۰	/۱۷	نقص / شرم
/۰۱	-۲/۴۷	۴/۴۰	/۱۲	شکست
/۰۰۲	-۳/۱۴	۴/۴۰	-/۰۰۸	وابستگی / بی کفایتی
/۰۰۱	-۴/۰۳	۴/۸۰	/۳۵	آسیب پذیری در برابر ضرر
/۰۰۱	-۳/۷۴	۳/۶۰	/۴۳	گرفتاری
/۰۰۱	-۳/۶۹	۵/۶۰	/۲۶	استحقاق
/۰۰۱	-۳/۶۶	۳/۲۰	/۰۹	خویشترن داری
/۰۰۴	-۲/۸۴	۳	۰	اطاعت
/۰۰۱	-۴/۰۳	۴/۲۰	/۱۷	ایثار
/۰۰۱	-۴/۰۴	۳/۴۰	/۳۵	بازداری هیجانی
/۰۰۱	-۴/۱۹	۳/۴۰	/۲۷	معیارهای سرسختانه

همانطور که نتایج جدول شماره سه نشان می دهد در نشانگان بالینی وابستگی به دارو ($Z=-۳/۶۲$)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی ($Z=-۳/۶۷$)، اختلال شخصیت خود شیفته ($Z=-۳/۱۱$)، اختلال شخصیت مرزی ($Z=-۳/۵۶$) و اختلال شخصیت هیستر یونیک ($Z=-۳/۲۷$) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری را نشان می دهند ($P</math> /۰۵). این یافته ها با پژوهشهای یانگ ۲۰۰۳، بال ۱۹۹۸، دی برتیس و آ. آرنتز ۲۰۰۶^۱، اسمیت و همکاران ۱۹۹۵^۲ و یافته های آقای ۸۷ مبنی بر ارتباط طرحواره های ناسازگار با ویژگیهای اختلال شخصیت و همچنین تاثیر طرحواره$

1 - Bernstein, D., Arntz, A. (2009)

2 - schmidt, N. B. Joiner, T. E., & Telch, M. J. (1995)

درمانی بر درمان اختلال شخصیت مخصوصاً "اختلال شخصیت مرزی که تاکنون به عنوان یک اختلال غیر قابل درمان تلقی می شد همسو می باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون من ویتنی u جهت مقایسه میانگین گروه کنترل و آزمایش در شاخص‌های آزمون میلیون ۲

P<	Z	دامنه	میانگین	شاخص آماری شاخص‌های میلیون
/۰۰۱	-۳/۶۲	۲۲	۱/۶۴	نشانیگان بالینی وابستگی به دارو
/۰۰۱	-۳/۶۷	۴۴	-/۹۶	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
/۰۰۲	-۳/۱۱	۲۷	-/۳۲	اختلال شخصیت خود شیفته
/۰۰۱	-۳/۵۶	۵۴	۱/۷۶	اختلال شخصیت مرزی
/۰۰۱	-۳/۷۲	۲۷	۱/۲۴	اختلال شخصیت هیستر یونیک

همچنین یافته‌های جدول شماره چهار حاکی از آن است که پنج خرده مقیاس سو مصرف ($Z=-۳/۱۲$)، رفتار پرخطر ($Z=-۲/۱۴$)، سلامت جسمی ($Z=-۳/۸۹$)، سلامت روانی ($Z=-۴/۰۶$)، عملکرد فردی ($Z=-۴/۱۲$)، بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری را نشان می دهند ($P</0.05$). بنابراین طرحواره درمانی گروهی موجب بهبود نمرات پرسشنامه MAP در زمینه سوء مصرف مواد، تستهای مثبت حین درمان، رفتار پرخطر، سلامت جسمی، سلامت روانی و عملکرد فردی افراد وابسته به مواد می شود. خرده مقیاس عملکرد اجتماعی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد ($P</0.05$).

جدول ۴. نتایج آزمون من ویتنی u جهت مقایسه میانگین گروه کنترل و آزمایش در مقیاس پیشرفت درمان MMT

P	Z	دامنه	میانگین	شاخص آماری شاخص‌های پیشرفت درمان
/۰۰۲	-۳/۱۲	۷	/۴۸	سو مصرف مواد
/۰۳	-۲/۱۴	۳	/۰۴	رفتار پرخطر
/۰۰۰	-۳/۸۹	۲۲	/۴۸	سلامت جسمی
/۰۰۰	-۴/۰۶	۳۵	۱/۷۲	سلامت روانی
/۰۰۰	-۴/۱۲	۲۰	/۹۶	عملکرد فردی (تعارض)
NS	-۱/۲۲	۵	/۲۰	عملکرد اجتماعی (جرم و جنایت)

با بررسی جدول شماره دو و بر اساس فراوانی طرحواره‌ها مشاهده می‌کنیم که طی دوره درمان بیشتر طرحواره‌ها تحت تاثیر طرحواره درمانی گروهی قرار گرفته‌اند. به طوری که در میزان نمره‌های میانگین و حداقل و حداکثر نمره‌های بدست آمده قبل و بعد از درمان در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت چشمگیری وجود دارد. همچنین به این نتیجه می‌رسیم که در بین طرحواره‌های ناسازگار پرسشنامه یانگ، طرحواره غالب در افراد وابسته به مواد این پژوهش شامل: معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، بازداری هیجانی، ایثار، استحقاق/بزرگ منشی، خودتحويل نیافته/گرفتار، آسیب پذیری در برابر ضرر یا بیماری، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، رها شدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی می‌باشد.

به صورت دقیق‌تر می‌توان مشاهده کرد که چهار طرحواره بارز در افراد وابسته به مواد این پژوهش شامل: معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، ایثار، استحقاق/بزرگ منشی و رهاشدگی/بی‌ثباتی می‌باشد که مربوط به سه حوزه دیگر جهت مندی، محدودیت‌های مختل و بریدگی و طرد می‌باشند. البته با توجه به تعداد کم افراد نمونه پژوهش در مورد نوع طرحواره‌های غالب و تاثیر پذیری آن از درمان نمی‌توان با اطمینان صحبت کرد و نیاز به بررسی حجم نمونه بالاتر می‌باشد.



جدول ۵. توصیف شاخص‌های آماری و نمرات طرحواره‌های ناسازگار گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مراحل	شاخص گروه	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی ed	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۹۷	۱/۰۷
		آزمایش	۳/۵۲	۱/۲۱
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۲۴	۰/۷۷
		آزمایش	۳/۲۰	۱/۲۴
رها شدگی ab	پیش‌آزمون	کنترل	۴/۰۹	۱/۰
		آزمایش	۴	۰/۷۶
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۱۸	۰/۹۵
		آزمایش	۳/۴۰	۰/۸۲
بی‌اعتمادی / بد رفتاری ma	پیش‌آزمون	کنترل	۴/۲۵	۰/۹۹
		آزمایش	۴	۱/۲۲
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۴۴	۰/۹۰
		آزمایش	۲/۴۰	۱/۰۳
انزوای اجتماعی si	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۶۹۵	۱/۳۶
		آزمایش	۳/۲۴	۱/۰۱
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۵۵	۱/۲۶
		آزمایش	۲/۳۴	۰/۷۱
نقص / شرم Ds	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۱۴	۱/۲۷
		آزمایش	۳/۰۴	۱/۳۱
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۱۳	۱/۲۲
		آزمایش	۲/۰۲	۱/۰۳
شکست Fa	پیش‌آزمون	کنترل	۲/۸۰	۱/۱۱
		آزمایش	۲/۸۸	۱/۴۳
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۰۶	۱/۴۲
		آزمایش	۲/۱۸	۰/۹۴
وابستگی / بی‌کفایتی Di	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۲۶	۱/۳۰
		آزمایش	۲/۷۰	۱/۲۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۲۷	۱/۲۵
		آزمایش	۲/۰۶	۰/۷۴

۰/۹۲	۳/۹۴	کنترل	پیش آزمون	آسیب پذیری در برابر ضرر vh
۱/۴۱	۳/۱۶	آزمایش		
۰/۹۳	۴/۲۹	کنترل	پس آزمون	
۰/۸۹	۱/۷۶	آزمایش		
۱/۴۱	۳/۱۶	آزمایش	پس آزمون	گرفتار em
۰/۹۳	۴/۲۹	کنترل		
۰/۸۹	۱/۷۶	آزمایش	پس آزمون	
۱/۱۳	۳/۸۵	کنترل		
۰/۸۶	۴/۲۴	آزمایش	پس آزمون	استحقاق et
۱/۱۶	۳/۹۷	کنترل		
۰/۸۰	۲/۹۸	آزمایش	پس آزمون	
۰/۸۱	۳/۹۲	کنترل		
۰/۹۹	۴/۳۰	آزمایش	پس آزمون	خویشتن داری Is
۰/۹۵	۳/۳۷	کنترل		
۰/۷۹	۲/۹۶	آزمایش	پس آزمون	
۱/۲۳	۳/۸۹	کنترل		
۱/۰۲	۳/۴۴	آزمایش	پس آزمون	اطاعت sb
۰/۹۹	۴/۳۲	کنترل		
۰/۹۹	۲/۵۶	آزمایش	پس آزمون	
۱/۴۸	۳/۳۶	کنترل		
۰/۹۷	۲/۷۲	آزمایش	پس آزمون	اینار ss
۱/۴۳	۳/۷۷	کنترل		
۰/۹۶	۲/۱۰	آزمایش	پس آزمون	
۱/۱۳	۴/۱۴	کنترل		
۱/۱۰	۴/۳۰	آزمایش	پس آزمون	بازداری هیجانی ei
۰/۸۴	۴/۶۹	کنترل		
۰/۹۷	۳/۰۴	آزمایش	پس آزمون	
۱/۰۰۸	۳/۸۲	کنترل		
۱/۱۴	۳/۸۴	آزمایش	پس آزمون	معیار های سرسختانه US
۰/۹۷	۴/۱۸	کنترل		
۱/۰۷	۲/۴۲	آزمایش	پس آزمون	
۱/۰۴	۴/۲۸	کنترل		

بحث و نتیجه گیری

در جدول شماره دو درصد فراوانی اختلال شخصیت براساس نمره بالای ۸۵ در تست میلون ۲ افراد گروه آزمون و کنترل مورد بررسی قرار گرفته است. فراوانی اختلال شخصیت در این افراد وابسته به مواد به صورت زیر است :

اختلال شخصیت هیستریونیک	اختلال شخصیت خود شیفته	اختلال شخصیت مرزی	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
٪۱۲	٪۳۶	٪۵۲	٪۶۸

که این فراوانی با فراوانی بدست آمده در مطالعات گذشته در زمینه اختلال شخصیت مطابقت دارد. با توجه به یافته های فوق، تحقیقات پیشین و آمار دو میلیونی جمعیت وابسته به مواد در کشور به این نتیجه می رسیم که بیش از یک میلیون نفر از جمعیت وابسته به مواد کشور از ویژگیهای بارز اختلالات شخصیت رنج می برند که این خود می تواند یکی از دلایل اصلی عدم موفقیت و دشواری درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان باشد.

جدول ۶. فراوانی و درصد فراوانی نمرات اختلال شخصیت در دو گروه آزمون و کنترل قبل از درمان

نوع اختلال شخصیت	دارا بودن برخی از ویژگیهای اختلال شخصیت ^۲		دارا بودن ویژگی های بارز اختلال شخصیت ^۱		وجود قطعی اختلال شخصیت ^۱
	فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی	
ضد اجتماعی	۷	٪۸	۱	٪۴	۱۷
خود شیفته	۱۰	٪۴۰	۶	٪۲۴	۹
مرزی	۷	٪۲۸	۵	٪۲۰	۱۳
هیستر یونیک	۱۶	٪۶۴	۶	٪۲۴	۳
وابستگی به دارو	۲	٪۸	۷	٪۲۸	۱۶

N=25

همانطور که مشاهده می شود نمره بخشهای مختلف پرسشنامه MAP طی درمان و به خصوص سلامت روانی و عملکرد فردی کاهش چشمگیری داشته است. این می تواند ناشی از تعدیل نمره های اختلال شخصیت و یا ناشی از اثر مستقیم طرحواره درمانی گروهی در پیشرفت درمان

۱ - نمره BR (بیشتر از ۸۵)

۲ - نمره BR (۷۶- ۸۵)

۳ - نمره BR (60-75)

MMT باشد که در هر دو صورت می توان این طور نتیجه گرفت که رویکرد طرحواره درمانی گروهی می تواند روشی مناسب در درمان افراد وابسته به مواد باشد.

این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی گروهی می تواند روشی مناسب جهت تعدیل ویژگیهای اختلالات شخصیت دسته B باشد. این تغییرات در مدت سه و نیم ماه صورت گرفت و به دنبال آن تغییراتی در پیشرفت درمان افراد وابسته به مواد که اکثریت آنها دارای ویژگیهای اختلال شخصیت بودند ایجاد گردید. البته لازم به ذکر است که تبیین دقیق میزان اثربخشی این درمان و رسیدن به سطح درمانی مطلوب نیاز به انجام پژوهش در حجم نمونه بالاتر، شرایط کنترل شده، مدت زمان طولانی تر و شرایط مطالعه مناسب RCT¹ دارد تا بتوان نتایج به دست آمده را به سایر جمعیت های افراد وابسته به مواد تعمیم داد.

در پایان با در نظر گرفتن یافته های این پژوهش و دیگر پژوهشهای مرتبط، همچنین شیوع بالای اختلال شخصیت دسته B در افراد وابسته به مواد، همبستگی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت و تاثیر این رویکرد درمانی بر تعدیل نمره های اختلال شخصیت، بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه، نمره های پرسشنامه (MAP) در طول درمان افراد وابسته به مواد، می توان پیش بینی کرد این روش درمانی بتواند تاثیری ریشه ای و مناسب در روند درمان این افراد داشته باشد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می توان پیشنهادات زیر را ارائه نمود:

۱- با توجه به حضور روانپزشک، روانشناس و تشکیل جلسات گروه درمانی در مراکز MMT پیشنهاد می گردد رویکرد درمانی طرحواره محور در پروتکل های درمانی این مراکز قرار گیرد.

۲- یکی از بارزترین ویژگی این رویکرد درمانی دسته بندی کردن مشکلات بیماران در حوزه های مشخص می باشد که به درمانگر و مراجع در جهت مشخص کردن ریشه های مشکلات و راهبردهای مناسب درمان، کمک شایانی می کند، بنابراین پیشنهاد می شود از این رویکرد در مراکز درمانی مختلف استفاده گردد.

۳- انجام این درمان به صورت گروهی می توان علاوه بر کاهش هزینه های درمانی، انگیزه درمانی کافی، محیط درمانی جذاب و علاقه به پی گیری درمان را نیز ارتقا بخشد. پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی از شیوه گروهی بیشتر استفاده گردد.

۴- یکی از مزایای این نوع درمان جذابیت آن برای درمانجو و ایجاد حس وفاداری و تعهد در وی می باشد که این امر در مکانهایی مانند زندانها، مراکز ترک وابستگی به مواد و مراکز MMT که

درمانجویان دارای ذهنیت‌های منفی بوده و از انگیزه کافی جهت ماندن در درمان برخوردار نیستند، می‌تواند شایان اهمیت باشد.

در اغلب پژوهش‌ها محقق با محدودیت‌هایی روبرو می‌باشد از عمده‌ترین محدودیت‌های این مطالعه عبارت بود از:

۱- عدم دسترسی به یک مرکز پژوهشی مناسب در استان تا بتوان کارهای پژوهشی را در موقعیت مناسب آن انجام داد. به همین دلیل مجبوریم کارهای پژوهشی را در مراکز کنترل نشده و غیر پژوهشی انجام دهیم که این کار منجر به پایین آمدن اعتبار کارهای تحقیقاتی می‌گردد.

۲- کوتاه بودن دوره درمان: با توجه به اینکه سه خصوصیت اصلی اختلال شخصیت: انعطاف‌ناپذیری - اجتناب از درمان و مشکلات بین فردی دراز مدت است، عجین شدن این اختلال با سوءمصرف مواد باعث می‌شود که درمان‌های کوتاه مدت از اثربخشی چندانی برخوردار نباشند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- آهی، ق (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- آذر، ماهیار. ندمی، سیما. (۱۳۸۷). *دایرةالمعارف وابستگی به مواد ومواد مخدر*، تهران: انتشارات ارجمند.
- آقایی، م (۱۳۸۷). *رابطه طرحواره ها ناسازگار اولیه و ویژگی های اختلال شخصیت در بین زنان و مردان وابسته به مواد مخدر افیونی در کانون های تولد دوباره شیراز*، پایان نامه کارشناسی ارشد. روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت
- حمیدپور، ح، و اندوز (۱۳۸۶). *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برا متخصصان بالینی*، تهران: انتشارات ارجمند.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). *آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۲ بالینی*. پایان نامه کارشناسی ارشد: انستیتو روانپزشکی تهران.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینا (۱۳۸۵). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی*، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- صاحبی، ع (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت (رویکرد طرحواره محور)*، تهران: انتشارات ارجمند.
- گرات، مارنات، گری (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان*. جلد اول، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخواه، تهران: انتشارات رشد
- محمد نژاد، م (۱۳۸۸) *بررسی تاثیر رویکرد طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده شهر مرودشت*، پایان نامه کارشناسی ارشد، مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- نادری، شهرام. بینزاده، م. صفاتیان، س. پیوندی، ع. (۱۳۸۷). *درسنامه جامع درمان وابستگی به مواد*، تهران.
- یانگ، ج. ، ترجمه: صاحبی، ع. و حمید پور، ح. (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره محور*، تهران: انتشارات آگه ارجمند.
- Bernstein, D., Arntz, A. (2006). European Psychiatry, Schema Focused Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63, No. 6, pp. 649-658.

- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abuser with personality disorders :Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23 883 -81.
- Joan M. Farrell et al.(2008). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* ,7,189-204.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. and Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome of Addiction. *Addiction*, 93(12).
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality*. New York: Wiley
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. F. P. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 36, pp. 254-264.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Telch, M. J. (1995). The schema Questionnaire: Investigation of properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.