

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون*

تامارا میرآبی^۱، فریبا حسنی^۲، فاطمه گلشنی^۳، فرناز کشاورزی ارشدی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت‌درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش همه مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون که به مجتمع خدماتی - حمایتی شهید ملت دوست وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند، بودند. از میان آن‌ها، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. در ادامه پژوهش، ۱۰ نفر از پژوهش خارج شدند. بدین ترتیب، در گروه طرح‌واره درمانی ۱۱ نفر، در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی ۱۳ نفر، و در گروه کنترل ۱۰ نفر باقی ماند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه گرایش به مواد استفاده شد که توسط افراد هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل شد. گروه آزمایشی اول و دوم به ترتیب مداخله طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی را در ۱۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی دریافت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و فقط تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمانی در کاهش گرایش به مواد موثر بودند و این اثرات پس از پیگیری دو ماهه باقی ماندند. همچنین، بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در پایان درمان و پس از پیگیری دو ماهه تفاوت وجود داشت. درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در مقایسه با طرح‌واره درمانی در کاهش میزان گرایش به مواد اثربخشی بیشتری داشت. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در کاهش گرایش به مواد موثر هستند و می‌توانند مورد استفاده درمانگران قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی، درمان نگهدارنده متادون، طرح‌واره درمانی، گرایش به مواد

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. پست الکترونیک: Hassani.fariba@gmail.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد^۱ که بیماری جسمی و روانی عود کننده و مزمنی است، با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همراه بوده (دنيس^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ هسو^۳ و همکاران، ۲۰۱۷)، و یکی از مهم ترین مشکلات زندگی بشر بوده است (کرمی و جشن پور، ۱۳۹۶). اختلالات اعتیادی^۴ و سوء مصرف مواد منجر به پیامدهای جسمانی (ترماین^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) و روانی (کوپ^۶، ۲۰۱۵)، قابل توجهی شده و نتایج زیان باری را برای فرد و جامعه ایجاد می کنند (کلین^۷، ۲۰۱۶). از جمله این پیامدها، کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، کاهش ارزش های اخلاقی، اجتماعی و افزایش رفتارهای مجرمانه است (مسلمان، حسینی و صادق پور، ۱۳۹۷). متخصصان درمان وابستگی به مواد بر این باورند که اعتیاد یک اختلال روانی، زیست شناختی، جسمی و اجتماعی است که بر این اساس، تنوعی از درمان های دارویی، روانشناختی و مداخلات اجتماعی برای کنترل آن، تدوین شده است. مسئله ای که اهمیت دارد این است که فرد وابسته به مواد بر اساس شرایط مناسب خود، به یک برنامه درمانی متناسب هدایت شود (راهبریان، محمدی، عباسی و سلیمانی، ۱۳۹۶).

برای دستیابی به این منظور، روش های درمانی جدید و مطالعات تجربی مرتبط با این روش های درمانی مورد نیاز است. از روش های درمانی مؤثر برای تنظیم تجارب شناختی، عاطفی - هیجانی و رفتاری در سوء مصرف کنندگان مواد، استفاده از طرحواره درمانی^۸ و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی^۹ است. طرحواره ها^{۱۰}، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره ها، هیجان ها، شناختواره ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند. این طرحواره ها معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تداوم داشته و به شدت ناکارآمدند (یانگ، کلسکو و ویشار^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۷). طرحواره درمانی که مبنای آن، درمان طرحواره ها بوده

1. substance abuse
2. Dennis
3. Hsu
4. addiction disorders
5. Tremain
6. Koob

7. Klein
8. schema therapy
9. Unified Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders
10. schemas
11. Young, Klosko & Weishaar

است، بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر جنبه‌های شناختی مقابله تاکید داشته‌اند. چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد و مواجهه با عواطف منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و افزون بر آن سلامت روانی افراد، حاصل تعامل راهبردهای تنظیم شناختی تجارب هیجانی، عواطف و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا بوده است (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷). بنابراین راهبردهای شناختی ناسازگارانه در تنظیم عواطف یک پیش‌زمینه‌ی مهم برای آمادگی و گرایش فرد در جهت ابتلاء به اختلال سوء‌مصرف مواد است. مهارت‌های ضعیف در تنظیم هیجان، سطح بالای مصرف و گرایش به مواد در دوره پس از درمان را پیش‌بینی می‌کند (روزبهی، رضایی و علیپوردولت آبادی، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاثیر بسزایی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و اعتیاد دارد (ون‌دیک^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). زمانی که افراد وابسته به مواد، طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خودشان را درک کنند، می‌توانند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند (کرمی و جشن‌پور، ۱۳۹۶). این افزایش کنترل هشیارانه بر طرحواره‌ها با کم‌رنگ کردن خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی، شناختواره‌ها و رفتارهای همراه با آن‌ها باعث می‌شود که این افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی در مواجهه با هیجان‌های منفی متوجه شوند که چه احساس‌هایی در آن‌ها برانگیخته شده و با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال شده، مشکلات موجود در تنظیم هیجان‌ات و عواطف و در راستای آن گرایش به مواد^۲ را کاهش دهند (قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۷). شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، می‌تواند در شروع، نگهداشت و بازگشت سوء‌مصرف مواد نقش داشته باشد (قائدنای جهرم، حسنی، فرمانی شهرضا و زارعی، ۱۳۹۵). منظور از درمان‌های فراتشخیصی، آن دسته از روش‌های درمانی است که بر اساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان شناختی- رفتاری اختصاصی طراحی شده است (بارلو^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). تدوین روش درمانی فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی نشانگر اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین

1. Van Dijk
2. tendency to drugs

3. Barlow

اختلال‌های هیجانی به ویژه وجود ویژگی‌های مشترک بین این اختلال‌ها از جمله عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر (مثل عاطفه منفی^۱، کمال‌گرایی^۲، نشخوار ذهنی^۳، مشکلات تنظیم هیجانی^۴، نگرانی^۵ و مشکلات خواب^۶) بوده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). در درمان‌های فراتشخیصی، تلاش بر این است که چالش‌ها و معضلات درمان ناشی از هم‌ابتلائی را با پرداختن به ابعاد مشترک اختلال‌های هیجانی و همچنین تدوین روش درمانی یکپارچه برای اختلال‌های هم‌ابتلائی و هم‌زمان، برطرف کنند (فدائی، قنبری هاشم آبادی و کیمیایی، ۱۳۹۸). بر همین اساس با تایید بر نقش تنظیم هیجان، به عنوان فرایند شناختی- رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی و عواطف، یک گام اساسی در طراحی روش‌های فراتشخیصی نظری- عملی برداشته شد و بر این اساس روش درمانی فراتشخیصی یکپارچه^۷ تدوین شده است (الارد، فایرهمه، بویسیو، فارچیونه و بارلو^۸، ۲۰۱۲؛ نقل از نصری، احدی و درتاج، ۱۳۹۶). درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی، برای درمان اختلالات خلقی مانند افسردگی و اضطراب، که ارتباط نزدیکی با فرآیندهای بنیادین مشترک فراتشخیصی اختلالات هیجانی مانند نقص در تنظیم عواطف دارند، طراحی شده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ نقل از عثمانی و شکری، ۱۳۹۸). همچنین، اختلالاتی مانند الکل و سوء‌مصرف مواد را، که ارتباطی اساسی با عواطف منفی و هم‌ابتلائی بالایی با اختلالات خلقی، افسردگی و اضطراب دارند در درمان حمایت کرده‌اند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ نقل از زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵). تحولات اخیر در زمینه روش‌های درمانی یکپارچه حاکی از آن است که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کارآمدتر و اثربخش‌تر از درمان‌های اختلالات هیجانی به شیوه‌ی جداگانه باشد. هدف درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی، شناسایی عوامل فراتشخیصی و سازه‌هایی است که نقش مهمی در شروع و تداوم اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات اعتیادی دارند (فرناندز، جزایری و گروس^۹، ۲۰۱۶). فقدان پژوهش در زمینه بررسی کارایی

1. negative affection
2. perfectionism
3. rumination
4. emotional regulation problems
5. worry

6. problems in sleep
7. Unified Protocol Transdiagnostic(UP)
8. Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow
9. Fernandez, Jazaieri & Gross

درمان‌های فراتشخیصی اختصاصی در مورد اختلال سوءمصرف مواد و سایر اختلالات روان پزشکی همانند، باعث شد تا پژوهش‌هایی در این باب انجام شود و موجب بهبود روش‌های درمانی در حوزه سوءمصرف مواد شود (نرگسی، آشتیانی، داودی و اشرفی، ۱۳۹۸).

این پژوهش کارایی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی را روی یکی از اختلالات همبود با اختلالات هیجانی، یعنی سوءمصرف مواد، مورد آزمون قرار داده و به مقایسه آن با طرحواره درمانی پرداخته است. طرحواره درمانی تاکید زیادی بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی دارد و الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتری را نسبت به درمان‌های شناختی-رفتاری فراهم آورده است. این درمان برخلاف درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر عوامل خاص تاکید کرده است نه عوامل مشترک زیربنایی که در اختلالات روانی همبود وجود دارند. بنابراین طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های خاص درمانی منجر به تعدیل و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد شده و از تمایل افراد به سمت استفاده از راهبردهای ناسازگار شناختی ممانعت می‌کند. در عین حال درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی می‌تواند به افزایش آگاهی هیجانی، تسهیل انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌ها، شناسایی و ممانعت از اجتناب رفتاری و هیجانی، مواجهه‌ی موقعیتی و درونی با سرنخ‌های هیجان و در یک کلام تنظیم سازگارانه‌ی عواطف و هیجان‌ها منجر شود. از این‌رو مد نظر است با اجرای این روش‌های درمانی (طرحواره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی) در یک برنامه جامع درمان سوءمصرف مواد که شامل متادون درمانی نیز بوده است، به این مسئله پی برده شود که کدام درمان شیوه مؤثرتری در کاهش گرایش و میل به مصرف مواد و افزایش تنظیم سازگارانه عواطف در راستای کاهش گرایش به مواد است. بنابراین سوال اصلی این پژوهش این بود که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، همراه با پیگیری دو ماهه و گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند که به مجتمع خدماتی - حمایتی شهید ملت دوست، وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین این جامعه، ۴۵ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به طور مساوی در دو گروه آزمایشی (۳۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از انتخاب این سه گروه، اهداف درمانی به آن‌ها توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به رضایت مراجعین گردید. در این پژوهش ۷ نفر از آزمودنی‌ها به دلایل زیر از پژوهش خارج شدند: تغییر دوز متادون، مصرف مواد افیونی و محرک در حین اجرای مداخلات که ناشی از عود مجدد آنان بود، مصرف داروهای جایگزین مانند بوپرنورفین به جای متادون در حین انجام مداخلات، قرار گرفتن در درمان‌های روانشناختی موازی با مداخلات اجرایی در طول درمان، غیبت بیش از دو جلسه درمانی در حین اجرای مداخلات. همچنین، به غیر از این آزمودنی‌هایی که به دلایل فوق از پژوهش خارج شدند، ۳ نفر نیز ریزش داشتند. بدین ترتیب، در گروه طرح‌واره درمانی ۱۱ نفر، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ۱۳ نفر، و گروه کنترل ۱۰ نفر باقی ماند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت متادون با دوز ثابت، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم ابتلاء به بیماری‌های شدید جسمی و ایمنی، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل ۲ سال سابقه اعتیاد، گذشت مدت زمان دو ماه از درمان نگهدارنده متادون، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی، نداشتن سابقه خودکشی، سابقه اعتیاد مواد افیونی، و اولین دفعه ترک بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل تغییر دوز متادون و مصرف داروهای دیگر مثل داروهای ضد افسردگی حین اجرای مداخلات

درمانی، دریافت همزمان درمان‌های روان‌شناختی، مصرف داروهای جایگزین مانند بوپرنورفین به جای متادون، و غیبت بیش از دو جلسه بودند.

ابزار

۱- مقیاس گرایش به مواد^۱: این پرسش‌نامه توسط وید، بوچر، مک‌کنا و بن-پوراتی^۲ (۱۹۹۲) ساخته شده که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایران هنجاریابی و تدوین شده است (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۹۰). این پرسش‌نامه دارای ۳۶ آیتم و ۵ آیتم دروغ‌سنج است. روایی این مقیاس از طریق روایی افتراقی و همگرا مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمده است که در حد مطلوب است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۵ به دست آمده است (مسلمان و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین در پژوهشی دیگر، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ به دست آمده است (شیخ‌الاسلامی، قره‌دریشلو و بگلو، ۱۳۹۶). شیوه‌ی نمره‌گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار لیکرت چهار درجه‌ای به صورت کاملاً موافقم (۳)، تا حدی موافقم (۲)، تا حدی مخالفم (۱)، و کاملاً مخالفم (۰) است. شیوه نمره‌گذاری در سوالات (۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳) به صورت معکوس است. این پرسش‌نامه دارای عامل دروغ‌سنج است که شامل سوالات شماره (۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳) است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه باید به مجموع امتیاز تک تک سوالات (به غیر از سوالات مقیاس دروغ‌سنج)، را با هم جمع نمود که در دامنه‌ای بین ۰ تا ۱۰۸ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر به منزله آمادگی یا گرایش بیشتر فرد برای اعتیاد در نظر گرفته می‌شود.

روش اجرا

مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایشی مشتمل بر ۱۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و هفتگی اجرا شد. به منظور بررسی کارایی روش طرح‌واره درمانی، از پروتکل^۳ طرح‌واره درمانی دو وجهی^۴ (بال و یانگ^۵، ۲۰۰۰؛ نقل از ناصری، سهرابی، برجعلی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۴)، استفاده شد. به منظور بررسی کارایی روش درمان فراتشخیصی

1. Addiction Potential Scale (APS)
2. Weed, Butcher, McKenna & Ben-Porathy

3. protocol
4. Dual Focus Schema Therapy Manual
5. Ball & Young

یکپارچه اختلالات هیجانی، از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ ترجمه محرابی، محمد و محسنی اژیبه، ۱۳۹۷)، استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای مداخله طرح‌واره درمانی

اهداف	عنوان جلسات
توسعه روابط دوجانبه	شناسایی و تحلیل مشکلات جاری
کشف ارتباط بین مشکلات فعلی با گذشته	تاریخچه زندگی و درک الگوهای تاریخی
تقویت اتحاد درمانی از طریق گفتگوی متقابل پیرامون طرح‌واره‌ها	تعریف شخصیت و طرح‌واره‌ها
آموزش در مورد طرح‌واره‌ها و باورهای بنیادین	طرح‌واره‌ها و باورهای بنیادین
بررسی منشاء و ریشه طرح‌واره‌ها	منشاء و ریشه اولیه طرح‌واره‌ها
شناسایی و تغییر سبک‌های مقابله‌ای	الگوهای مقابله‌ای
ارتباط بین رفتارهای ناکارآمد و ناسازگار با سبک‌های مقابله‌ای	رفتارهای ناسازگارانه و ناکارآمد
مروری بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای	مفهوم سازی مشکل بیمار برطبق رویکرد طرح‌واره محور
تحلیل مزایا و معایب طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	شواهد طرح‌واره‌ها و جوانب مثبت و منفی
مقابله و جدال با طرح‌واره‌ها	سبک‌های مقابله‌ای
نحوه استفاده از کارت‌های آموزشی	ارائه راهبردهای شناختی
اجرا و آموزش تصویرسازی ذهنی	کارت‌های آموزشی
تصویرسازی ذهنی از طریق بازوالدینی	ارائه تکنیک‌های تجربی
آموزش و اجرای تکنیک نوشتن نامه	ادامه تکنیک‌های تجربی
مرور طرح‌واره‌های اساسی در ارتباط با والدین	نوشتن نامه
ارائه مهارت‌های جدید و تغییرات رفتاری	تغییر روابط
شناخت شروع کننده‌ها در عود	ارائه تکنیک الگو شکنی رفتاری
	خاتمه دادن و تغییر مداوم

جدول ۲: جدول خلاصه محتوای درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی

اهداف	جلسات
یادگیری و فهم اینکه اختلال‌های هیجانی چیستند	اختلال‌های هیجانی چیستند؟
اینکه بیمار درک کند این درمان چگونه اثر می‌کند	آیا این درمان برای بیمار مناسب است؟
یادگیری ثبت تجارب و اهمیت و نگهداری سوابق	یادگیری ثبت تجارب
بررسی هزینه‌ها و منافع تغییر	حفظ و افزایش انگیزه
آموختن کارکرد مهم هیجان‌ها در زندگی روزمره	درک و شناخت هیجان‌ها
یادگیری نحوه شکل‌گیری تجارب هیجانی	آموزش روان‌شناختی و جستجوی تجارب هیجانی
نحوه مشاهده هیجان	آموزش آگاهی از هیجان‌ها
نحوه اثرگذاری افکار بر هیجان	ارزیابی مجدد شناختی
درک اجتناب هیجانی	اجتناب از هیجان‌ات
یادگیری نحوه اثرگذاری رفتارهای برخاسته از هیجان	رفتارهای برخاسته از هیجان
شناسایی حس‌های بدنی درونی مرتبط با هیجان‌ها	مواجهه با حس‌های بدنی
درک هدف مواجهه با هیجان‌ها	مواجهه‌های هیجانی درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت
آشنایی با داروهای ضد اضطراب و افسردگی	درمان دارویی اختلالات هیجانی
ارزیابی پیشرفت بیمار	پیشگیری از عود

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی در مورد گرایش به مواد در گروه کنترل و گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی و طرح‌واره درمانی به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

انحراف معیار	میانگین	گروه	
۱۲/۶۰	۶۳/۹۱	طرح‌واره درمانی	پیش‌آزمون
۱۱/۷۳	۵۹/۸۵	درمان فراتشخیصی	
۳/۵۸	۵۵/۲۰	کنترل	
۱۰/۶۶	۵۹/۷۹	کل	
۹/۲۸	۴۵/۱۸	طرح‌واره درمانی	پس‌آزمون
۸/۶۶	۳۳/۳۱	درمان فراتشخیصی	
۷/۶۸	۵۳/۳۰	کنترل	
۱۱/۶۹	۴۳/۰۳	کل	
۶/۹۵	۴۴/۳۶	طرح‌واره درمانی	پیگیری

جدول ۳: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

انحراف معیار	میانگین	گروه
۸/۲۹	۳۰/۴۶	درمان فراتشخیصی
۵/۹۱	۵۳/۱۸	کنترل
۱/۸۸	۴۱/۶۴	کل

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. این تحلیل دارای مفروضه‌هایی است. مفروضه اول، نرمال بودن توزیع نمرات است که با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک بررسی شد. نتایج غیر معنادار در این آزمون‌ها ($p > 0/05$) نشان داد که توزیع نرمال بود. مفروضه دوم، محاسبه همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین بود. نتایج غیر معنادار برای متغیر گرایش به مواد در پیش‌آزمون ($F=3/47, p=0/06$)، پس‌آزمون ($F=3/37, p=0/34$)، و پیگیری ($F=0/63, p=0/47$) نشان‌دهنده مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس از طریق آزمون معناداری ام‌باکس استفاده شد و نتایج غیر معنادار ($p > 0/05$) نشان داد که شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است و در ادامه جهت بررسی اثر چند متغیری از اثر پیلائی استفاده شد. نتایج بررسی اثر چند متغیری نشان داد که بین اثر زمان ($F=91/140, p < 0/001$)، اثر پیلائی) از لحاظ گرایش به مواد تفاوت معناداری وجود داشت، و این تفاوت معناداری در بین زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، و هم در اثر تعامل گروه با زمان ($F=8/942, p < 0/001$)، اثر پیلائی) وجود داشت. به عبارت دیگر شرط لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های وجود دارد. یکی دیگر از مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌ی تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است که با آزمون کرویت موخلی ارزیابی شد. نتایج نشان داد که آزمون موخلی معنادار است ($p < 0/05$)، آماره آزمون موخلی)، که بیانگر ناهمگنی کواریانس بود. بنابراین، برای تفسیر نتایج آزمون‌ها در مورد اثرهای اصلی درون گروهی (زمان) و اثرهای تعاملی (زمان* گروه) از سطرهای آزمون گرین‌هاوس - گیسر استفاده شد.

نتایج تجزیه و تحلیل واریانس در اندازه گیری های مکرر جهت بررسی گرایش به مواد در اثرهای درون گروهی نشان داد که اندازه اثر اصلی زمان ($p < 0/001$ ، $F = 126/60$ ، $F = 0/80$ اندازه اثر) تفاوت معناداری داشت. همچنین در مورد اثر تعامل درون گروهی بین زمان * گروه ($p < 0/001$ ، $F = 27/36$ ، $F = 0/64$ اندازه اثر) نیز تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، نمرات گرایش به مواد در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با سطوح متغیر گروه یعنی مداخله طرح‌واره درمانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی و گروه کنترل تعامل داشت و در سطوح مختلف تفاوت وجود داشت. بنابراین، می‌توان به بررسی میانگین‌های زوجی این میانگین‌ها پرداخت که از مقایسه‌های چندگانه تعدیل شده بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در نمرات گرایش به مواد گروه کنترل، تفاوت معناداری در نمرات سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود نداشت. در ادامه نتایج بین گروهی (طرح‌واره درمانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی و گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
عرض از مبدا	۲۳۹۵۷۴۰/۳۰	۱	۲۳۹۵۷۴۰/۳۰	۱۳۰۹/۱۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۸
گروه	۳۱۶۷۰/۳۲	۲	۱۵۸۳۰/۶۶	۸/۶۵	* ۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۵۶۷۲۰/۸۶	۳۱	۱۸۲۱/۰			

* $p < 0.001$.

همان‌طور که نتایج در جدول ۴ قابل مشاهده است، اثر بین گروهی نشان داد که اثر اصلی برای گروه معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت معناداری در نمره‌های گرایش به مواد در طرح‌واره درمانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی و گروه کنترل وجود داشت. در ادامه به مقایسه زوجی اثر بین گروهی (طرح‌واره درمانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی و گروه کنترل) پرداخته شد. به عبارت دیگر، چون اثر بین گروهی معنادار است، بنابراین در این مرحله با آزمون‌های تعقیبی به مقایسه

زوجی میانگین‌ها پرداخته شد که به دلیل رعایت فرض همگنی واریانس‌ها و همچنین نمونه‌های نابرابر در پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تعقیبی هاجبرگ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵: نتایج بررسی میانگین‌های متغیرهای بین گروهی

گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	گروه کنترل	-۲/۷۴	۳/۴۱	۰/۸۱
درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۹/۹۵	۳/۲۰	۰/۰۱۲*
درمان فراتشخیصی	طرح‌واره درمانی	-۱۲/۶۹	۳/۲۹	۰/۰۰۲**
گروه کنترل	طرح‌واره درمانی	۲/۷۴	۳/۴۱	۰/۸۱
درمان فراتشخیصی	درمان فراتشخیصی	۱۲/۶۹	۳/۲۹	۰/۰۰۲**

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

جدول ۵ نشان داد که بین اثر بخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلافات هیجانی در نمرات گرایش به مواد تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، روش درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلافات هیجانی نسبت به روش طرح‌واره درمانی به صورت معناداری باعث کاهش گرایش به مواد در بین مردان تحت درمان با متادون شد. همچنین، طرح‌واره درمانی تفاوت معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان نداد، اما درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلافات هیجانی تفاوت معناداری را از گروه کنترل نشان داد. به عبارت دیگر، درمان فراتشخیصی اختلافات هیجانی باعث کاهش معنادار گرایش به مواد شد، ولی طرح‌واره درمانی تاثیر معناداری بر گرایش به مواد نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلافات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شده است. بر اساس نتایج درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلافات هیجانی موفق به کاهش شدت گرایش به مواد شده است. پژوهش مستقیمی که دقیقاً همسو با پژوهش حاضر باشد یافت نشد. ولی با پژوهش‌های بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، بارلو و همکاران (۲۰۱۷)، الارد،

فایر هولم، بویسیو، فارچیونه و بارلو^۱ (۲۰۱۲)، فارچیونه و همکاران (۲۰۱۲)، بویسیو و همکاران (۲۰۱۰)، از این جنبه که درمان فراتشخیصی یکپارچه قابلیت کاربرد برای درمان‌های همبود با اختلالات هیجانی، از جمله اختلالات اعتیادی را دارد، به صورت غیر مستقیم همسو بوده است. پژوهش‌های لاپوسا، مانکیوسو، آبراهام و لولی-دانو^۲ (۲۰۱۶)، مک‌اوی، مالدس و ماهونی^۳ (۲۰۱۳)، ویلاموسکا^۴ و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه آسیب اختلال‌های هیجانی نشان داده‌اند که فرآیندهای بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌ها مانند نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان، نقص در تنظیم عواطف منفی و مثبت و افکار تکرار شونده منفی از عوامل اصلی بنیادین و فراتشخیصی در اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خواب، اختلالات خوردن، اختلالات اعتیادی و اسکیزوفرنیا بوده است. در تبیین نتیجه بدست آمده، می‌توان گفت که اگرچه هدف نهایی هر دو درمان، تحقق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوده است، اما تفاوت این درمان‌ها در اصول تغییر، فرآیندهای درمانی و تکنیک‌های مورد استفاده است. در درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی اصول تغییر شامل سیالی تجربه هیجانی یا تنظیم هیجان، تغییر محتوای شناختواره‌های غلط و کاهش رفتارهای ناشی از هیجان‌ها و تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان سعی در آزادسازی توجه دارد و در قالب ذهن آگاهی هیجانی به این مطلب پرداخته است. منطق اجرای این تکنیک که هدفش سیال بودن تجربه هیجانی است، به طور زیربنایی و با استعاره برای وضوح بخشی آن بیان شده تا به بیمار خاطر نشان کند که نباید هیجان‌ها را جدی و با اهمیت تلقی کرد و باید در سطح بدن با آن مواجه شد. از آن جا که مشکلات بیشتر در عدم تنظیم کارآمد هیجان‌ها و راهبردهای ناکارآمد ناشی از آن مانند سرکوب هیجان‌ها با آمادگی و گرایش به مصرف مواد در ارتباط است (بولیس، فورچون^۵، فارچیونه و بارلو، ۲۰۱۴؛ ترامین و همکاران، ۲۰۱۶)، مصرف کنندگان مواد هیجان‌ناهی را غیرقابل تحمل

1. Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow
2. Laposa, Mancuso, Abraham & Loli-Dano

3. McEvoy, Maulds & Mahoney
4. Wilamoska
5. Bullis & Fortune

توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکاء به مواد مدیریت کنند، بنابراین از خواص جسمانی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات و تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند (احتشامی پویا، ممتازی، مگری، اسکندری و داداشی، ۱۳۹۷). بنابراین درمان فراتشخیصی یکپارچه علاوه بر ایجاد تغییر و بهبودی در شدت، مدت و فراوانی نشانه‌های اختلال هیجانی در راستای تنظیم هیجان، با آماج قرار دادن عوامل سطح بالاتر هیجانی، رویارویی و مواجهه‌ی هیجانی تغییر معناداری را در نشانه‌ها اختلال هیجانی همانند مانند گرایش به مواد ایجاد می‌کند. در این درمان، انعطاف‌پذیری توجه و کاهش جنبه‌های بیرونی و درونی اجتناب‌های تجربه‌گرایانه مد نظر است (فارچیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ نقل از عثمانی و شکری، ۱۳۹۸). از آن جا که این اجتناب‌های هیجانی باعث گرایش بیشتر به مواد می‌شود، تکنیک‌های اجتناب هیجانی و مواجهه با هیجان‌ها به این بیماران کمک می‌کند که از هیجان‌های خود فرار نکنند و با آن‌ها مواجه شوند و این خود در کاهش گرایش به مواد تاثیر بسزایی دارد. همینطور گرایش به مواد نوعی آمادگی بالا برای اعتیاد است که این آمادگی را می‌توان به صورت آمادگی فعال و آمادگی منفعل بیان کرد (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، هیجان خواهی و لذت طلبی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد است و آمادگی منفعل مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی است. نکته دیگر در مورد کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی که باید مورد تبیین و بررسی قرار گیرد، کاهش علائم افسردگی مربوط به اختلال‌های همانند سوء مصرف مواد است. اختلال افسردگی به عنوان آمادگی منفعل نقش مهمی را در گرایش بالا به مواد دارد. با توجه به اینکه افراد مبتلا به افسردگی با کاهش انرژی و انگیزه پایین برای پیگیری درمان و درگیر شدن در فرآیند درمان مواجه بودند، درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در تکنیک‌های خود به افزایش آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر رفتاری و تقویت خودکارآمدی با باور به توانایی شخصی برای دستیابی به تغییر مورد نظر تاکید دارد. بیماران در این مرحله از درمان فرصتی بدست آورده بودند تا مزایا و معایب تغییر را در مقابل روش قبلی خود بسنجند. آن‌ها همچنین اهداف درمانی را ارزیابی کرده و اهداف عینی‌تری را برنامه‌ریزی

کردند و گام‌های احتمالی را برای دستیابی به اهداف درمانی شناسایی کردند (مک‌هیوج، ماری و بارلو، ۲۰۱۱؛ نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۵). این اصول برای افزایش میزان مشارکت درمانی و حفظ انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری کاربرد دارد. همینطور این رویکرد با تغییر عادت‌های تنظیم هیجان، فراوانی، شدت و مدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده، میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد روانی را افزایش می‌دهد. یکی از تکنیک‌های موجود در درمان فراتشخیصی یکپارچه، ارزیابی مجدد شناختی است و از طریق آن فرد از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه می‌شود و می‌تواند ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار را شناسایی کند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). همین امر باعث تعامل پویا بین افکار، احساسات و رفتارها می‌شود و نقش آن‌ها را در تجربه هیجانی و رفتاری افزایش می‌دهد و به شناخت هر چه بهتر افکار و هیجان‌ها و رفتارهایشان کمک می‌کند. بنابراین به طور غیر مستقیم باعث کاهش گرایش به مواد می‌شود (نورتون و پالاس، ۲۰۱۶). با افزایش نظم‌جویی شناختی هیجانی، از هیجان‌خواهی و در راستای آن نگرش مثبت به مواد و میل به مصرف مواد که رابطه بالایی با رفتارهای ضد اجتماعی دارند کاسته می‌شود. این رفتارها حاکی از عدم تنظیم هیجان‌ها است و تاثیر این هیجان‌ها ناکارآمد با افکار به صورت ناسازگارانه است. علاوه بر این در طی جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی به مردان تحت درمان با متادون آموزش داده می‌شود که به یادگیری مشاهده تجارب هیجانی خود پردازند و هیجان‌ها و واکنش به آن‌ها را خصوصا با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی سامان بدهند و از درهم آمیختگی با افکار، که سبب میل شدید و گرایش بالا به مواد در نتیجه وسوسه و عود شده بود، جلوگیری کنند (سوئر-زاوالا^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

بررسی نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون تاثیر داشته است. برخی پژوهش‌ها به طور مستقیم با پژوهش حاضر همسو بودند. به عنوان مثال پژوهش تاجیک زاده، زارع، نظیری و افشاری (۱۳۹۵)

اثربخشی طرحواره درمانی را بر پیشرفت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گیری کردند این درمان، درمان مناسبی برای افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است. همچنین ناصری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی اثر طرحواره درمانی دووجهی را در درمان افراد وابسته به هروئین مورد تایید قرار دادند. یافته‌های فتاحی و دهقانی (۱۳۹۷)؛ پیری، حسینی، اسدی و شریعت نیا (۱۳۹۸)؛ قدیمی، کرمی و یزدانبخش (۱۳۹۴) و قندهاری و دهقانی (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد مخدر بیشتر و شدیدتر از جمعیت عادی و افراد غیروابسته است. در تبیین اثر طرحواره درمانی در کاهش گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌توان گفت که طرحواره درمانی به نوعی با طرحواره‌ها و باورهای فرد سروکار دارد. از منظر طرحواره درمانی یانگ، طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل گرفته است و در رفتارها، احساس‌ها و افکار فرد نمود یافته و بسیار انعطاف ناپذیر و در برابر تغییر مقاوم است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ترجمه حمیدپور، ۱۳۹۷). در خلال جلسات درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطوح بالایی در افراد نمونه شناسایی می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری طرحواره‌های فرد مؤثر است و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی شدیدی پدید آورد (قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۷). گرایش به مواد که منجر به شروع و تداوم مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود، یکی از آسیب‌هایی است که می‌تواند تاثیر مهمی بر رابطه فرد با خود و دیگران داشته باشد و بر پایه این بنیادهای ناکارآمد شکل گرفته و سازمان یافته است (سرخیل و محمدی فر، ۱۳۹۵). نتایج تحقیقات نشان داده است که گرایش به مواد با سطوح بالایی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه همراه بوده است (پیری و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به مواد در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون که در حالت پرهیز از مصرف مواد به سر برده‌اند، از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. در این روش با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری، بیماران مبتلا به اختلالات اعتیادی را با شیوه‌ای همدلانه و با تکنیک‌های خاص، با دلایل و ضرورت

تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه روبرو می‌کنند (روزبهی و همکاران، ۱۳۹۶). در طرحواره درمانی، درمان در تکنیک‌های شناختی در سطح شناختی یا سبک پردازش عینی اتفاق افتاد و بر واقعیت‌آزمایی شناختواره‌ها تمرکز داشت. همین‌طور این درمان با واقعیت‌آزمایی محتوای افکار و باورها سروکار داشته و به دنبال کنار گذاشتن فرایندهای ناکارآمد تفکر و واقعیت‌آزمایی اعتبار باورها درباره افکار در سطوح بالاتر است. تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی عمدتاً به بازسازی مجدد واقعه از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف‌شده بیمار درباره خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون شخص می‌پردازد. این رویکرد، نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود، زیرا هدف تغییر ماهیت خاطرات بیمار و محتوای باورهای او درباره خودش و جهان است. شناخت فرد نسبت به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای یکی از مهمترین اهداف طرحواره درمانی است (یوسف‌زاده، طالبی و نشاط دوست، ۱۳۹۶) و در راستای آن بیماران یاد می‌گیرند که چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند و به تبع آن رابطه خود را با افکار و باورهایشان تنظیم کنند. همین‌طور طی تمرین‌های عملی در خلال جلسات درمانی، با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، گذشته و دوران کودکی افراد هدف قرار داده شد (یوسف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). به همین خاطر در جلسات درمان، بررسی خاطرات، رویدادها و تجارب زندگی افراد، بازسازی رویدادها و اتفاقات، همچنین بررسی ریشه‌های تحولی باورها توانست بر فرآیند تفکر شناختی ناسازگار و ناکارآمد تأثیر گذارد و آن‌ها را تغییر دهد و ابعاد باورهای شناختی ناکارآمد را که پیامد منفی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد داشته‌اند، تعدیل کنند. در ضمن با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری افراد از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورها و افکار آگاهی پیدا می‌کنند و یاد می‌گیرند که چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند و به تبع آن می‌توانند افکار و باورها، هیجانات و رفتارهایشان را تعدیل و تنظیم کنند. بنابراین آگاهی آن‌ها نسبت به طرحواره‌های ناسازگار و سبک مقابله‌ای‌شان افزایش می‌یابد و در چگونگی انتخاب رفتارها و پاسخ‌های سازگارانه‌تر در زمان برانگیخته شدن طرحواره‌های ناسازگار تأثیر می‌گذارد. این موضوع منجر به کاهش گرایش به مواد

که نوعی پاسخ مقابله‌ای به حساب می‌آید، می‌شود. به همین دلیل است که طرحواره درمانی در کاهش گرایش به مواد مؤثر است. شناخت‌های بنیادین و تغییر باورهای مرکزی در طرحواره درمانی احتیاج به زمان طولانی‌تری در درمان دارد و نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی تاثیر کم‌تری داشته است. درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در زمان کوتاه‌تر و سریع‌تری تکنیک‌ها را به فرد عرضه داشته و جلوی وسوسه‌ها و گرایش‌های بیمار را در جهت جستجو و مصرف مواد می‌گیرد. بنابراین نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی در کاهش متغیر گرایش به مواد در پایان درمان و پیگیری دو ماهه نسبت به طرحواره درمانی از اثربخشی بالاتری برخوردار است. برای حداکثر کارایی و تاثیر درمان‌ها توجه به نکاتی که جزء محدودیت‌های تحقیق بود ضروری است: اول اینکه تعداد جلسات درمان‌ها را باید بیشتر از ۱۷ جلسه طراحی نمود تا با بیشتر شدن جلسات به تفهیم و تمرین مفاهیم مورد نظر کمک شود، زیرا فهم و درک و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار به جلسات طولانی مدت‌تری نیازمند است و باید مجدداً درمان‌های مذکور مورد مقایسه قرار گیرند. مورد دوم انجام مطالعات طولانی مدت با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای است تا نتایجی کامل‌تر در زمینه پایداری یا تغییر رویکردهای درمانی مذکور در اختیار محققان قرار گیرد. ضروری است در طی پژوهش‌های آتی، اثرگذاری روش‌های درمانی پژوهش حاضر در گروه‌های مختلف اعم از سنین مختلف، مردان و زنان و افرادی با تحصیلات مختلف، متاهل و مجرد و یا با اشتغال و بدون اشتغال بررسی و مقایسه شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، بسته آموزشی تلفیقی از هر دو روش تهیه شود تا ضمن تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فرد بتواند با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان و عواطف، از تمرکز مطلق بر طرحواره‌ها کاسته و به سایر جنبه‌های هیجانی و رفتاری و تکنیک‌ها و مهارت‌های مرتبط با آن در رابطه با این بیماران پرداخته شود. همین‌طور به منظور واضح‌تر شدن اثرات این رویکردهای درمانی، با دقت بالاتر در مطالعات گسترده‌تر و با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان‌های مذکور پرداخته شود. در سطح کاربردی این درمان‌ها می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد

استفاده قرار گیرد تا متخصصان امر بتوانند با استفاده از این مداخلات به موازات درمان‌های ترک مصرف مواد مخدر، گامی مؤثر در راستای بهبود وضعیت روان‌شناختی معتادین و خانواده‌های آنان بردارند.

منابع

- احتشامی پویا، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مگری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین در شهر زنجان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۶(۱۷)، ۳۱-۲۱.
- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعبانی، امیر؛ فتی، لادن؛ شعیری، محمدرضا و ضرغامی، فیروزه (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۲)، ۸۸-۱۰۷.
- بارلو، دیوید؛ الارد، کریستین؛ فایرلمه، کریستوفر؛ فارچونه، تاد؛ بویسیو، کریستینا؛ آلن، لارا و اهرنریچمی، ژیل (۱۳۹۷). *درمان مشکلات هیجانی*. ترجمه علی محرابی؛ ابوالفضل محمدی و علیرضا محسنی اژی. چاپ اول، تهران: انتشارات ابن سینا (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).
- پیری، محمود؛ حسینی، علی؛ اسدی، جوانشیر و شریعت‌نیا، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان ساکن در کمپ. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۱۶۲-۱۳۸.
- تاجیک‌زاده، فخری؛ زارع، ایرج؛ نظیری، قاسم و افشاری، رامین (۱۳۹۵). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۷)، ۲۳-۱.
- راهبریان، مهسا؛ محمدی، ابوالفضل؛ عباسی، ایمان و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۶). مشکلات تنظیم هیجان و آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان ایران. *مجله روانشناسی بالینی*، ۵(۴)، ۲۴۲-۲۳۵.
- روزبهی، مهران؛ رضایی، علی محمد و علیپور دولت‌آبادی، آزاده (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی 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*، ۱۵(۳)، ۳۴۶-۳۳۹.
- زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهرا (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۳)، ۹۹-۱۲۰.
- زمستانی، مهدی و ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۳۲-۲۱.

- سرخیل، حسین و محمدی فر، محمد علی (۱۳۹۵). پیش‌بینی تاب‌آوری افراد سوء مصرف‌کننده مواد بر اساس سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی. *مجله پژوهش اجتماعی*، ۸(۳۲)، ۸۵-۱۱۰.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ قره‌درویشلو، سجاد و بگلو، پژمان (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان بر اساس جو عاطفی خانواده و خودپنداره. *مجله سلامت اجتماعی*، ۵(۴)، ۳۴۶-۳۵۴.
- عثمانی، هلاله و شکری، لیلا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجانی و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برون‌سازی شده. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۱)، ۱۳۶-۱۲۵.
- فتاحی، عباسعلی و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و وسوسه در مردان عضو انجمن معتادان گمنام. *مجله اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۸-۲۰۴.
- فدائی، محمد؛ قنبری‌هاشم‌آبادی، بهرامعلی و کیمیایی، سیدعلی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجان در مراجعان دارای نشانگان اضطرابی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۱)، ۱-۱۱.
- قائدنیای جهرم، علی؛ حسنی، جعفر؛ فرمانی شهرضا، شیوا و زارعی، فرشاد (۱۳۹۵). بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی و طرحواره‌های در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد ترک کرده و افراد بهنجار. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۳(۴)، ۳۴-۲۷.
- قدیمی، آزاده؛ کرمی، جهانگیر و یزدانبخش، کامران (۱۳۹۴). رابطه‌ی طرحواره‌های ناساگاز اولیه و باورهای فراشناخت با استعداد اعتیاد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲)، ۶۷-۷۳.
- قندهاری، آرش و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرد-بریدگی و خودگردانی - عملکرد مختل در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۲۴(۲)، ۲۳۴-۲۲۷.
- کرمی، جهانگیر و جشن‌پور، محمد (۱۳۹۶). مقایسه دلبستگی سبک‌های عاطفی و منبع کنترل در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۵)، ۱۲۲-۱۰۵.
- مسلمان، مهسا؛ حسینی، عاطفه و صادق‌پور، مریم (۱۳۹۷). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سیستم‌های مغزی بازداری فعال سازی رفتاری و توانایی‌های شناختی در بین دانشجویان موسسه آموزشی عالی آمل. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۲(۱۶)، ۱۵۵-۱۴۶.
- ناصری، اسماعیل؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و فلسفی‌نژاد، محمد رضا (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی دووجهی در درمان وابستگی به هروئین همبود با اختلال شخصیت ضداجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۹۷-۷۵.
- نرگسی، فریده؛ آشتیانی، علی؛ داودی، ایران و اشرفی، عماد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌پریشانی و علائم وسواسی اجباری. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۶(۲)، ۶۶-۴۹.

نصری، مریم؛ احدی، حسن و درتاج، فربرز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری و اجتناب شناختی در بیماران دیابتی. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۵۵(۱۴)، ۴۱-۵۶.

یانگ، جفری؛ کلوסקو، ژانت و ویشار، مارجوری (۲۰۱۱). *طرحواره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی*. ترجمه حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا (۱۳۹۷). چاپ ۱۱، تهران: انتشارات ارجمند.

یوسف‌زاده، مهدیه؛ طالبی، هوشنگ و نشاط‌دوست، حمیدطاهری (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۱۳)، ۶۹-۸۲.

References

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., & Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 74(9), 84-875.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press: November 17, 74(9), 84-875.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Barlow, D. H., Ellard, K. K., & Bullis, J. R. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(7), 102-113.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 7-1920.
- Dennis, B. B., Roshanov, P. S., Naji, L., Bawor, M., Paul, J., Plater, C., ... & Thabane, L. (2015). Opioid substitution and antagonist therapy trials exclude the common addiction patient: A systematic review and analysis of eligibility criteria. *Journal of Trials*, 16(1), 475-483.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorder: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M., & Barlow, D. H. (2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 78 -667.

- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. (2016). Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new domain. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 426-440.
- Hsu, J. S., Wang, P. W., Ko, C. H., Hsieh, T. J., Chen, C. Y., & Yen, J. Y. (2017). Altered brain correlates of response inhibition and error processing in females with obesity and sweet food addiction: A functional magnetic imaging study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(6), 677-686.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for substance use disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Koob, G. F. (2015). The dark side of emotion the addiction perspective. *European journal of pharmacology*, 15(753), 73-87.
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2016). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: A preliminary investigation with anxious individuals. *Journal of Behavior Modification*, 18(2), 1-16.
- McEvoy, P. M., Moulds, M. L., & Mahoney, E. J. (2013). Mechanisms driving pre and post stressor repetitive negative thinking, metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 84-93.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders, update on the science and practice. *Journal of Behavior Therapy*, 47(6), 68-854.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 7-551.
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., Dunlop, A., . . . & Doherty, E. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services, client and clinician report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(8), 24-30.
- Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., Vandalen, P. J., . . . & Oude Voshaar, R. C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorder: A randomized trial. *Journal of Biology and Medicine Central*, 19(26), 1-14.
- Weed, N. C., Butcher, N. J., McKenna, T., & Ben-Porathy, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the minnesota multiphasic personality inventory: The addiction potential scale and addiction acknowledge scale. *Journal of Environmental Monitoring and Assessment*, 2(58), 389-404.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, E. P., Ellery, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). *Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder, depression and anxiety*, New York: Oxford University Press.