



حاجیپور، حسن؛ بیاضی، محمدحسین؛ نجات، حمید (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد.  
DOI: 10.22067/tpccp.2020.39362 پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۱)، ۵۵-۳۹.

## مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد

حسن حاجیپور<sup>۱</sup>، محمدحسین بیاضی<sup>۲</sup>، حمید نجات<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۲۴ نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش گروهی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد بود.  
**روش:** این تحقیق یک طرح نیمه آزمایشی با سنجش های پیش آزمون پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از مردان سوء مصرف کننده مواد بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند و در سه گروه طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل قرار گرفتند. همه آزمودنی ها پرسشنامه وسوسه انگیز و تکانشگری را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند.  
**یافته ها:** نتایج نشان داد که هر دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را در وسوسه و تکانشگری نشان دادند. همچنین نتایج نشان داد که در زمینه کاهش وسوسه مصرف مواد، طرحواره درمانی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. هرچند در زمینه تکانشگری، بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج در مرحله پیگیری بدون تغییر باقی ماند.  
**واژه های کلیدی:** طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، وسوسه، تکانشگری، سوء مصرف مواد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

۱. دانشجوی دکتری، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول)، hajipoor.hasan11@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران، bayazi123@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد فوجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

## مقدمه

امروزه، مشکل سوء مصرف مواد مخدر، چنان شدت یافته که به عنوان یکی از چهار بحران عمده‌ی عصر حاضر، در کنار تهدید اتمی، آلودگی محیط زیست و فقر از آن یاد می‌شود. این ناهنجاری طبق آمار نیمه رسمی، در خوشبینانه‌ترین حالت ۱۲/۱ درصد از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوء مصرف‌کننده<sup>۱</sup> مواد ساخته است از زمانی که نوع انسان سوء مصرف مواد را آغاز کرده است، تلاش‌های فراوانی نیز برای پیشگیری و درمان اعتیاد صورت گرفته است.

در تعریف اعتیاد، باومن (Bowman, 2016) چنین بیان کرده است: اعتیاد عبارت است از وضعی که در اثر تکرار استفاده از ماده یا موادی طبیعی یا مصنوعی ایجاد می‌شود؛ که در این حالت فرد وابستگی جسمانی و روانی به مواد پیدا می‌کند و پس از گذشت زمان قطع این وابستگی دشوار می‌شود. همان‌طور که در تعریف اعتیاد گفته شده است، مهمترین و قابل تعریف‌ترین مشخصه‌ی آن وابستگی جسمانی و روانی به عنصری طبیعی یا شیمیایی است که جدایی از آن پس از مدتی بسیار دشوار می‌شود. وابستگی به مواد مخدر علاوه بر اینکه احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد، آسیب‌های بسیاری را بر افراد مبتلا، نظام مراقبت‌های بهداشتی و جوامع تحمیل می‌کند (Tremain, Freund, Wye, Wolfenden & Bowman, 2016). با توجه به این که برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد مخدر، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می‌گذارد، سبب شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر ضروری است (Peiper, Ridenour, Hochwalt & Coyne-Beasley, 2016). به همین دلیل حجم بسیاری از پژوهش‌ها بر شناسایی عوامل پیشگیرانه و خطرات بالقوه مرتبط با مصرف مواد تمرکز کرده‌اند، به این امید که شناسایی گروه‌های در معرض خطر به راهبردهای مؤثری برای جلوگیری از سوء مصرف مواد منجر شود (Harrop & Catalano, 2016). در نتیجه پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند (Ouzir & Errami, 2016).

بزرگ‌ترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه<sup>۲</sup> است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز خواهد بود و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)<sup>۳</sup> نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است (Sadock & Sadock, 2007). وسوسه‌ها با ایجاد سوگیری در توجه و

- 
1. Substance Abuser
  2. Craving
  3. International Classified Deases

انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آن‌ها، به وسیله‌ی افزایش حواسپرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز بر آن‌ها و تقویت آگاهی از حالات درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می‌تواند عود را تحت تأثیر قرار دهد (Tajeri, 2012). وینستین و کاکس (Weinstein & Cox, 2006) نشان دادند که یادآوری مصرف مواد در بیماران سوء مصرف‌کننده باعث افزایش فعالیت هیجانی، کاهش عواطف مثبت و افزایش خلق منفی می‌گردد که منعکس‌کننده‌ی ارتباط بین سوگیری حافظه و وسوسه‌ی مصرف مواد است.

از مکانیزم‌های شناخته شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن تأثیر می‌گذارد تکانشگری<sup>۱</sup> است. تکانشگری به صورت فقدان توانایی در به تأخیر انداختن کام‌رواسازی تعریف شده است (Basharpoor & Abbasi, 2014). تکانشگری از زندگی در زمان حال و توجه کمتر به آینده، عدم برنامه ریزی در زندگی، دشواری در انجام امور و ناتمام رها کردن آن‌ها، ایجاد دردسر برای خود و دیگران و پرخاش به دیگران مشخص می‌شود. اگرچه بعضی از جنبه‌های تکانشگری انطباقی و کارکردی در نظر گرفته شده است، اما معمولاً به صفت کژکاری اشاره دارد که با اعمال جنایی و یا خشمگینانه و آسیب اجتماعی به فرد مرتبط است. تکانشگری همچنین با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارد. پژوهش‌های اخیر یک مسیر ژنتیک به سمت صفت تکانشگری پیشنهاد کرده‌اند که به عنوان عامل خطری برای ظهور بعدی اختلالات مصرف مواد عمل می‌کند (Boothby, Kim, Romanow, Hodgins & McGrath, 2017). اقدامات تکانشی معمولاً پیامدهای ناگواری را به دنبال دارد. تکانشگری عامل محوری در بروز رفتارهای خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، پرخاشگری، اختلالات شخصیتی، مشکلات نارسایی توجه و رفتارهای مجرمانه در نظر گرفته شده است (Kaiser, Bonsu, Charnigo, Milich & Lynam, 2016).

یکی از الگوهای مداخله‌های برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگودهی روانشناختی از جمله آموزش‌های طرحواره درمانی<sup>۲</sup> و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> است که به کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه تمرکز دارد (Miller, Wilbourne & Hetteema, 2001).

از جمله درمان‌هایی که جنبه‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طرحواره درمانی می‌باشد، طرحواره درمانی روشی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ (Young, 1990, 1999) پایه‌گذاری شده

1. Impulsivity

2. Schema Therapy

3. Acceptance and Commitment Therapy

است. او در این درمان کوشیده است تا با به‌کارگیری مبانی و راهبردهای درمان شناختی- رفتاری (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد (Young, Klosko & Weishaar, 2003). طرحواره درمانی به طور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه‌ی رشد شناختی طرحواره را قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند (Young, 2005). طرحواره‌ها هسته‌ی خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب پذیر کنند. طرحواره‌ها به‌عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به‌کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب طرحواره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند؛ ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم بخش طرحواره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (Young, 2003). تحقیقات کم و بیش قانع‌کننده‌ای وجود دارد که اثربخشی طرحواره درمانی را در سطح مداخله‌ی فردی و هنگام وجود اختلال‌های روانی قابل تشخیص از جمله سوء مصرف مواد تأیید کرده‌اند (Stiles, 2004; D'andrea, 2004; Young, 2005; Farrell, Shaw & Webber, 2009). برای مثال ارجمند قجور و اقبالی (Arjmand GHajoor & Eghbali, 2018) در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی را بر بیماران وابسته به متامفتامین نشان دادند. همچنین محمدی زاده، مکوندی، پاشا، بختیارپور و حافظی (Mohamadizadeh, Makvandi, Pasha, BakhtiarPour & Hafezi, 2018) نشان دادند که طرحواره درمانی بر رفتار تکانشی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخشی دارد.

علاوه بر آن می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره داشت در این نوع درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می‌شوند این شش فرایند عبارتند از پذیرش<sup>۱</sup>، گسلش شناختی<sup>۲</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۳</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۴</sup>، ارزش‌ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی

1. Psychological Acceptance
2. Cognitive Fault
3. Communication with the Present
4. Self as a Background

می‌شود پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت.

در قدم دوم بر آگاهی روانی<sup>۱</sup> فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد.

در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند.

مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی<sup>۲</sup> یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است.

مرحله پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها).

درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه<sup>۳</sup> یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (Hayes, 2004). شواهد تجربی درمورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند: افسردگی (Kanter, Baruch & Gaynor, 2006)، سایکوز (Bach & Hayes, 2002)، فرسودگی شغلی (Bond & Bunce, 2003)، درد مزمن (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Gifford, Kohlenberg & Hayes, 2003) مشخص شده است. در ایران امیریان، امامی، احمدی و محمدزاده (Amirian, Mami, Ahmadi & Mohammad Zade, 2018) اثربخشی این درمان را بر افراد معتاد نشان دادند.

در ایران اخیراً دو پژوهش در رابطه با مقایسه‌ی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد انجام شد (Roozbehi, Rezaie & Alipoor-Dolatabad, 2017; Arjmand GHajoor & Eghbali, 2018) اما تفاوتی را در میان این دو درمان نشان نداد. با توجه به مبانی

---

1. Psychological Awareness  
2. Cognitive Defusion  
3. Committed Action

نظری پژوهش و نقش طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان عوامل کلیدی در ارتباط با پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و خلاءهای پژوهشی در این زمینه، استفاده از نتایج این پژوهش در درمان وسوسه و تکانشگری از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های تجربی است و طرح آن به صورت ۳ گروهی (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه) همراه با ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد دچار سوء مصرف مواد شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج نمونه آماری را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود شامل مردان بین ۱۸ تا ۳۵ سال، تحصیلات راهنمایی تا لیسانس، سابقه‌ی عود از ۲ تا ۵ بار، عدم وجود اختلال بالینی همزمان در محورهای اول، دوم و سوم و عدم وجود اختلال پزشکی در محور سوم بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل وجود نشانگان شدید بالینی یا مشکلات موجود در محورهای اول، دوم و سوم (بر اساس پرونده‌ی روانپزشکی فرد) و عدم محرز شدن ملاک‌های ورود به درمان (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه عود) بود.

اطلاعات توسط پژوهشگر آموزش دیده و به صورت میدانی جمع‌آوری شد. افراد در ۳ گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. نمونه انتخاب شده از نظر ویژگی‌های جمعیتی شناختی مثل تعداد عودهای گذشته، سن، جنس، تحصیلات و طبقه بندی اقتصادی-اجتماعی که بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌توانست بر نتایج پژوهش اثر بگذارند، با هم همتا شدند. برای همتا سازی سن ۱۸-۳۵ سال مورد بررسی قرار گرفت. افراد شرکت کننده در پژوهش را مردان حداقل دارای مدرک سیکل تشکیل داد و سه گروه از نظر تحصیلی همتا شدند. همچنین طبقه بندی اقتصادی-اجتماعی بر اساس درآمد تعیین شد.

در هر سه گروه پیش‌آزمونی برای تعیین متغیرهای وابسته ی پژوهش اجرا و سپس یک گروه ۲۰ نفره ی آزمایشی طرحواره درمانی (۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای) و ۲۰ نفر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای) را دریافت کردند. پس از پایان آموزش (حدوداً ۳ ماه) مجدداً متغیرهای پژوهش

اندازه گیری شد. در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت و سپس آموزش‌ها داده شد و در آخر جلسات نیز پرسش و پاسخ و رفع اشکالات شرکت‌کنندگان صورت گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان تحقیق برای آن‌ها جلسات درمانی تشکیل شود.

### ابزارها

**پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز:** به منظور سنجش وسوسه از نسخه فارسی پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز استفاده شد (Beck & Clark, 1993). این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱-۷ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه بندی می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه ۱ تا ۱۴۰ می‌باشد. رحمانیان، میرجعفری و حسنی (Rahmanian, Mirjafari & Hasani, 2006) اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

**پرسشنامه تکانشگری:** مقیاس تکانشگری بارات دارای ۳۰ پرسش می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند، پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (هرگز=۱ و همیشه=۴) تدوین شده‌اند و بالاترین نمره ی آن که از جمع سه عامل به دست می‌آید برابر با ۱۲۰ است (Barratt, Stanford, Kent & Felthous, 2004).

در مطالعه فساتی، دی سگلی، آکواریتی و بارات (Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt, 2001) روی ۷۶۳ دانشجوی دوره کارشناسی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰/۸۹ به دست آمد. اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید، عاطف وحید، عدالتی و همکاران (Ekhtiari, Safaei, Esmaeli Djauid, Atefvahid, Edalati & et al, 2008)، روایی و پایایی نسخه ی فارسی مقیاس بارات، در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری را محاسبه کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس بارات، ۰/۸۳ بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

### مداخله

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس رویکرد هیز و همکاران (Hayes & et al, 1999) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است و طرحواره درمانی بر اساس پروتکل طرحواره درمانی یانگ (Young, J. E., 1990) ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است.

## جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط، درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقاء مشکل
دوم	آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اعتیاد، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی- رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی
سوم	بررسی افکار، پیش‌آیندها و پس‌آیندها، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
چهارم	شناسایی افکار تحریف‌شده، ارزیابی چرخه‌ی افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی.
پنجم	اصلاح افکار ناکارآمد، تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی.
ششم	آموزش الگوی طرحواره‌محور، آموزش الگوی طرحواره‌درمانی و مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌ها
هفتم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای.
هشتم	اصلاح طرحواره، استفاده از تکنیک‌های هیجانی، بحث و گفتگو درباره‌ی تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو درباره‌ی وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه‌ی هیجانی.
نهم	اصلاح طرحواره‌ها، استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم.
دهم	اصلاح طرحواره، استفاده از تکنیک‌های شناختی بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره، تکنیک موضع-ضدموضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها.

طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ (Young, J. E., 1990) در ۱۰ جلسه

۹۰ دقیقه‌ای انجام شد.

## جدول ۲: محتوای جلسات آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	آشنایی؛ بیان اهداف پژوهش، زمان، مکان و طول جلسات و قوانین گروه؛ بستن قرارداد درمانی، آشنایی با تنظیم هیجانات.
دوم	آشنایی کلی با درمان پذیرش و تعهد، نقش آن در تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن در کاهش مصرف مواد.
سوم	رویارویی با قواعد درمان جو "نامیدی خلاقانه" و استفاده از تمثیل "مردی در چاه" و "کشاورز و الاغ".
چهارم	کنترل به عنوان مشکل اصلی: بررسی راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن‌ها؛ تمرین تکنیک‌ها، ارائه



تمثیل "دروغ سنج"	
پنجم	پذیرش به عنوان روش جایگزین اجتناب تجربه ای؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "دو کفه ترازو."
ششم	خود به عنوان بافتار؛ ایجاد احساس متعالی از خود؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "صفحه شطرنج."
هفتم	سازماندهی قواعد زبان؛ تمرین خورده هشتم
هشتم	هیجوشی شناختی و ذهن آگاهی؛ تمرین تکنیک ها، تمرین شیر و تمرین برگ های روی رودخانه.
نهم	روشن سازی ارزش ها؛ ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند؛ تمرین مراسم تشییع جنازه و تمثیل "خوردن کل سیب"؛ تمرین تکنیک ها.
دهم	مرور جلسات، تمرین پیش گیری از عود

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر، تعداد افراد نمونه ۶۰ نفر می باشند که میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه طرحواره درمانی ۲۸/۲۵، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۸/۵۵ و کنترل ۲۹/۰۵ بود. همچنین سابقه عود آزمودنی‌ها در گروه طرحواره درمانی ۳/۲۵، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳/۲۰ و گروه کنترل ۳/۴۰ بود. داده‌ها توصیفی مرتبط با متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر در جدول ۳ آورده شده اند.

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
وسوسه	طرحواره درمانی	۲۱/۷۱	۹۱/۹۵	۸۷/۲۰	۲۱/۰۳	۲۱/۳۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۱/۶۳	۹۴/۴۵	۹۲/۱۰	۱۹/۸۶	۲۰/۴۸
	گروه کنترل	۱۹/۱۰	۸۹/۸۵	۹۰/۹۰	۱۸/۲۶	۱۸/۸۷
تکانشگری	طرحواره درمانی	۱۰/۳۸	۷۳/۱۵	۷۲/۱۰	۱۰/۲۶	۱۰/۲۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۳۲	۷۷/۹۵	۷۶/۰۰	۸/۸۴	۸/۷۴
	گروه کنترل	۱۱/۴۱	۷۵/۳۵	۷۶/۱۵	۱۱/۵۸	۱۱/۶۳

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که میانگین وسوسه و تکانشگری دو گروه درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و مشاهده شد که داده‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها دارای توزیع نرمال است (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر و سوسه معنادار نمی‌باشد).

بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. و همچنین نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کواریانس قابل اجراست.

**جدول ۴: نتایج آزمون کواریانس برای مقایسه نمرات سه گروه بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در پس‌آزمون و پیگیری و سوسه و تکانشگری**

مراحل	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پس‌آزمون	وسوسه	پیش‌آزمون	۲۱۸۵۷/۷۰	۱	۲۱۸۵۷/۷۰	۳۲۱۱/۹۱۵	۰/۰۰۱
		گروه	۳۲۲/۰۸	۲	۱۶۱/۰۴	۲۳/۶۶۴	۰/۰۰۱
		خطا	۳۸۱/۰۹	۵۶	۶/۸۰	۱۹۲۰/۵۰۰	۰/۰۰۱
	تکانشگری	پیش‌آزمون	۵۸۶۹/۲۰	۱	۵۸۶۹/۲۰	۱۲/۴۳۲	۰/۰۰۱
		گروه	۷۵/۹۸	۲	۳۷/۹۹		
		خطا	۱۷۱/۱۴	۵۶	۳/۰۵		
پیگیری	وسوسه	پیش‌آزمون	۲۳۳۳۵/۷۸	۱	۲۳۳۳۵/۷۸	۱۳۲۵۷/۶۲	۰/۰۰۱
		گروه	۶۴/۲۹	۲	۳۲/۱۴	۱۸/۲۶۴	۰/۰۰۱
		خطا	۹۸/۵۷	۵۶	۱/۷۶		
	تکانشگری	پیش‌آزمون	۵۷۶۵/۴۷	۱	۵۷۶۵/۴۷	۱۲۳۸/۸۳۲	۰/۰۰۱
		گروه	۴۶/۳۵	۲	۲۳/۲۶	۴/۹۹۹	۰/۰۱۰
		خطا	۲۶۰/۶۲	۵۶	۴/۶۵		

مطابق جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت بین سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. بنابراین پیگیری شد که تفاوت بین کدام گروه‌ها می‌باشد. به همین منظور از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

## جدول ۵: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها

## و سطح معناداری در پیگیری و سوسه و تکانشگری

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
وسوسه	طرحواره‌درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$-۱/۲۲ (P < ۰/۰۱۵)^*$ $-۲/۵۳ (P < ۰/۰۰۱)^{**}$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	$۱/۲۲ (P < ۰/۰۱۵)^*$ $-۱/۳۱ (P < ۰/۰۰۹)^{**}$
	کنترل	طرحواره‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$۲/۵۳ (P < ۰/۰۰۱)^{**}$ $۱/۳۱ (P < ۰/۰۰۹)^{**}$
تکانشگری	طرحواره‌درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$۰/۰۱ (P < ۱/۰۰۰)$ $-۱/۸۷ (P < ۰/۰۲۵)^*$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	$-۰/۰۱ (P < ۱/۰۰۰)$ $-۱/۸۶ (P < ۰/۰۲۶)^*$
	کنترل	طرحواره‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$۱/۸۷ (P < ۰/۰۲۵)^*$ $۱/۸۶ (P < ۰/۰۲۶)^*$

\*\* $p < ۰/۰۱$  \* $p < ۰/۰۵$ 

با توجه به نتایج آزمون بنفرونی مشاهده شد که در متغیر وسوسه و متغیر تکانشگری تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل با دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد که با توجه به جدول میانگین‌ها این دو درمان باعث کاهش معنادار وسوسه و تکانشگری در بیماران سوء مصرف کننده مواد گردیده است. همچنین بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات وسوسه و تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد که طرحواره درمانی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و وسوسه بیماران سوء مصرف کننده مواد را در پس‌آزمون کاهش داده است. اما بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات تکانشگری تفاوت معنادار یافت نشد.

با توجه به نتایج آزمون بنفرونی برای گروه پیگیری مشخص شد که در متغیر تکانشگری تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل با دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد و با توجه به نتایج میانگین‌ها مشخص شد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد را در مرحله پیگیری کاهش داده است. اما بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات تکانشگری تفاوت معنادار یافت نشد.

## نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال بود که آیا دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد می‌شود یا خیر. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی دار وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد شده است که این نتایج با یافته‌های فتاحی و دهقانی (Fattahi & Dehghani, 2019) و (Mohamadizadeh & et al, 2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی و تحقیقات کینمان و گرانت (Kinman & Grant, 2010) و برومت (Brummett, 2007) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری افراد سوء مصرف کننده مواد همسو است. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان کاهش وسوسه بیماران سوء مصرف کننده مواد به میزان معناداری متفاوت است و طرحواره درمانی در کاهش وسوسه این بیماران مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل کرده است.

در تبیین این یافته‌ها باید بیان نمود با توجه به این که در طرحواره درمانی، مشکلات عمیق بیماران، به صورت دقیق‌تر تعریف می‌شود و ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی دنبال می‌شود و بیماران به ریشه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد خود پی می‌برند، انگیزه زیادی برای رها شدن از مشکلات خود پیدا می‌کنند (Young, Klosko & Weishaar, 2003). طرحواره‌های استحقاق، خویش‌داری ناکافی، ایثار، پذیرش جویی و اطاعت از جمله طرحواره‌های اصلی مصرف مجدد شناسایی شده‌اند و در طی جلسات درمانی و همچنین تمایل فرد برای رها شدن از مشکلاتش، همت زیادی را به فرد داده و در نتیجه فرد وسوسه کمتری را گزارش خواهد نمود. همچنین طرحواره‌درمانی به افراد معنادار کمک می‌کند تا به منظور مقابله با برانگیزاننده‌های درونی بر راهبردهای سالم‌تری غیر از مصرف مواد روی آورند (Fattahi & Dehghani, 2019).

همچنین در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری می‌توان گفت از منظر طرحواره درمانی یانگ، هر فردی طرحواره‌هایی را در خلال دوران کودکی خود شکل می‌دهد. طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه‌ای نمود می‌یابد (Sempertegui, Karreman, Arntz & Bekker, 2013). درمانگر، ذهنیت طرحواره‌ای را به بیمار فرامود می‌کند. اگر درمانگر ذهنیت‌ها را به شیوه‌ای شخصی به بیمار ارائه کند، بیشتر بیماران خوب آن‌ها را درک می‌کنند. نکته مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است، چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصله

گرفته و آن‌ها را ببینند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال بیمار رشد کند و توانبخشی شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به پاسدار بی تفاوت رامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه‌گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در می‌کند و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوء استفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است (Dickhaut & Arntz, 2014).

در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت وسوسه در این پژوهش می‌توان گفت که این درمان از طریق افزایش آگاهی از احساسات، افکار و هیجانات همراه با وسوسه، پذیرش و عدم پاسخ به محرک‌های همراه وسوسه، مواجهه مکرر با محرک راه انداز در طول جلساتی که شرکت کنندگان پذیرش و گسلش شناختی را تمرین می‌کنند، توجیه شود. در آسیب‌شناسی اعتیاد بر اساس روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتیاد به عنوان یک تلاش برای جلوگیری یا اجتناب از تجارب شناختی، عاطفی و جسمانی محسوب می‌شود. در تلاش برای اجتناب از رنج بردن، شخص ممکن است به دنبال مواجهه با حالت‌های مثبت و یا اجتناب از حالت‌های منفی باشد. در تمرین‌های مربوط به گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه و یا تمرین‌های پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسوسه به عنوان یک پدیده عاطفی و شناختی گذرا نگریسته می‌شود (Hayes, Luoma & Bond, 2006). در این پژوهش نیز، شرکت کنندگان آموختند که وسوسه را به عنوان یک فکر یا احساس بپذیرند و تلاش و تقلایی برای اجتناب از آن یا سرکوب آن انجام ندهند. شرکت کنندگان مواجهه با محرک‌های راه انداز و عدم واکنش به آنها را تمرین کردند. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف مواجهه با وسوسه و هر هیجان نامطلوب و آگاهی از وجود آن و با تأکید بر پذیرش آن‌ها بدون قضاوت و داوری، می‌تواند موجب کاهش وسوسه شود.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری باید گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف‌پذیری روانشناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز

تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با تکانشگری‌ها و گرایش به مصرف مواد کنار آیند (Izadi, R., & Abedi, 2013). همین‌طور در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی با گسلش شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار میان درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و زمانی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود را از واقعیت تمیز دهد (Lee, An, Levin & Twohig, 2015).

با توجه به اطلاعات بررسی شده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهای فرهنگی و مذهبی مدنظر قرار بگیرد. همچنین این درمان به صورت فردی اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری به دست آید و می‌توان از بیماران خانم هم در این نوع پژوهش‌ها استفاده کرد. با توجه به تکالیف این رویکردها بهتر است تمرکز بر روی تکالیفی باشد که موجب پویایی و فعالیت بیشتر و افزایش تمرکز قرار بگیرد. ویکردها آماده کنند تا نتایج بهتر و قابل مقایسه‌لی دریافت کنند. به درمانگران و متخصصان پیشنهاد می‌شود که یک برنامه درمانی مدون برای این ر با توجه به محدودیت زمانی در این پژوهش می‌توان از پیگیری‌های بلندمدت‌تر استفاده کرد و همچنین می‌توان از سایر رویکردها مانند رویکرد شناختی - رفتاری نیز استفاده کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان برگزاری جلسه درمان توسط خود پژوهشگر و امکان سوگیری در نتایج و این که اطلاعات تنها توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردید که پرسشنامه علی‌رغم این که در زمانی کوتاه‌ترین اطلاعات را به دست می‌دهد اما ممکن است که پاسخ آزمودنی‌ها با برخی سوگیری‌ها همراه باشد. به‌طور کلی این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف‌کننده مواد تأثیر دارد؛ بنابراین بهتر است در مراکز درمانی از این روش‌ها به منظور پیشگیری و درمان بیماران سوء مصرف‌کننده مواد استفاده شود.

## سپاسگزاری و قدردانی

بدینوسیله از مساعدت و همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در جلسات درمانی سپاسگزاریم.

## References

- Amirian, K., Mami, SH., Ahmadi, V., & Mohammad Zade, J. (2018). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Impulsivity in Addicted People. NPWJM, 5 (17), 36-45. (In Persian)
- Arjmand GHajoor, K., & Eghbali, A. (2018). A Comparing of two Schema Therapy and

- Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Attitudes Effectiveness on Early Maladaptive Schema in Metamphetamine Addicts. *Frooyesh*, 7(1), 151-178. (In Persian)
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psycho psychiatry, 41, 1045-1061.
- Basharpoor, S., & Abbasi, A. (2014). Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *J Res Behave Sci*, 12(1):92-102. (In Persian)
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behav Res Ther*, 35, 49-58.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*, 88:1057-1067.
- Boothby, C. A., Kim, H. S., Romanow, N. K., Hodgins, D. C., & McGrath, D. S. (2017). Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addict Behav*, 70 (5), 35-41.
- Brummett, B. R. (2007). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment. New York: Forham University Press, 68-80.
- D'andrea, J. T. (2004). An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping styles. Ph.D. Dissertation. New York: New York University, 15-32
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behav Ther*, 35, 785-801.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 45 (2), 242- 51.
- Ekhtiari, H., Safaei, H., Esmaeeli Djavid, G., Atefvahid, M. K., Edalati, H., Mokri, A. (2008). Reliability and Validity of Persian Versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in Assessing Risky and Impulsive Behaviors. *IJPCP*, 14 (3), 326-336. (In Persian)
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber M. A. (2009). (A Schemafocused approach group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A controlled trial). *J Behav Psychotherapy and Exper Psychiatry*, 40(2), 317- 328.
- Fattahi, A., & deghani, A. (2019). Effectiveness of Schema Therapy in Emotion Regulation, Self-efficacy, and Temptation in Male Members of Narcotics Anonymous (NA) Association. *Etiadpajohi*, 12(48), 185-202. (In Persian)
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E. & Barratt, E.S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychol*. 57, 815-828.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance

- Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25 (3), 387-410.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behaviour therapy. *Behaviour Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford, p. 165-171.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, f. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and therapy*, 44, 1-25.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2013). Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *J Kashan Univ Med Sci*, 17(3), 275-86. (In Persian)
- Kaiser, A., Bonsu, J. A., Charnigo, R. J., Milich, R., & Lynam, D. R. (2016). Impulsive Personality and Alcohol Use: Bidirectional Relations Over One Year. *JSAD*, 77(3), 473-82.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161–185.
- Kinman, G., & Grant, L. (2010). Exploring steers resilience in trainee social workers: The Role of Emotional and social competencies. *Journal of Personality and Psychology*, 82, 1007-1022.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial metaanalysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 155, 1-7.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13–63). Boston.
- Mohamadizadeh, L., Makvandi, B., Pasha, R., BakhtiarPour, S., Hafezi, F. (2018). Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder. *jour guilan uni med sci*, 27 (106), 44-53. (In Persian)
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: *Pharmacol. Biochem. Behav*, 148(2), 59-68.
- Peiper, N. C., Ridenour, T.A., Hochwalt, B., Coyne-Beasley, T. (2016). Overview on Prevalence and Recent Trends in Adolescent Substance Use and Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25(3), 349-65.
- Rahmanian, M., Mirjafari, A., & Hasani, J. (2006). The Relationship between Craving and Attentional Bias in Opioid Dependent, Relapsed and Abstinent Individuals. *IJPCP*, 12(3), 216-222. (In Persian)
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011) The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 41–49.
- Roozbehi, M., Rezaie, A. M., Alipoor-Dolatabad, A. (2017). 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*, 15(3), 339-46. (In Persian)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.



- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426-447.
- Stiles, O. E. (2004). Early maladaptive schemas and intimacy in young adults. Ph.D. Dissertation. San Francisco: Alliant International University, 5-67.
- Tajeri, B. (2012). *Addiction: Etiology and treatment*. First Edition. Tehran: Andishe No Publishing. (In Persian)
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., & Dunlop, A. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: client and clinician report. *JSAT*, 68(2), 24-30.
- Weinstein, A. & Cox, W. M. (2006). Cognitive processing of drug-related stimuli: The role of memory and attention. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 850-859.
- Young, J. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 123-218.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire– Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press. 17.

