MEJDS. 2021; 11:98.

Published online 2021 Sep. **Research Article**

The Effects of Group Schema Therapy on Early Maladaptive Schemes and Psychological Adjustment in Females with Substance Abuse

Tirandaz Sh[1], *Akbari B[2]

Author Address
1. MA, Counseling, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. PhD, Associate Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
***Corresponding author's email:** akbari@iaurasht.ac.ir

Received: 2020 March 7; **Accepted:** 2020 April 16

Abstract

Background & Objectives: Substance abuse and dependence are recurrent and chronic conditions that affect all aspects of an individual's life. Research indicated that the substance dependence process is influenced by patients' beliefs and attitudes. Individuals who become dependent on substances are also affected by other disorders. One of the numerous factors influencing substance abuse etiology is the psychological adjustment. Adaptability is defined as the ability to mix, adapt, compromise, cooperate, and come to terms with oneself, the environment, and others. An acceptable treatment for various psychological disorders is schema therapy. Schema therapy identifies active substance dependence as a primary disorder. The present study aimed to determine the effects of group schema therapy on early maladaptive schemas and psychological adjustment in women with substance abuse.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all women with substance dependence, referring to substance dependence treatment centers in Rasht City, Iran, in November and December 2018. Based on the effect size of 0.25, alpha: 0.05, and power: 0.80, the minimum required sample size was 15 subjects per group (N=30). Initially, the city of Rasht was divided into 5 regions of north, south, east, west, and center. Next, 2 substance dependence treatment centers were randomly considered in each area. Then, all substance–dependent women referring to those centers (10 centers) were selected according to the inclusion and exclusion criteria of the study. Among the eligible volunteers who obtained one standard deviation more in the initial maladaptive schemas and one standard deviation less than the average in psychological adjustment, 30 individuals were randomly assigned to the experimental and control groups. The inclusion criteria of the study included female gender, literacy, no serious mental and behavioral illnesses other than substance dependence, and obtaining a more significant score on the Young Schema Questionnaire–Short Form (YSQ; Young et al., 2003) and the Bell Adjustment Inventory (BAI; Bell, 1961). The exclusion criteria of the study were absence from ≥2 intervention sessions and providing incomplete questionnaires. In the pretest and posttest stages, the YSQ and the BAI were administered in the research groups. Schema–Based cognitive therapy was performed in eight 90–minute weekly sessions for two months based on Derry's training package (1996). The collected data were analyzed using univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present research findings suggested that the mean post–test scores of early maladaptive schemas and psychological adjustment (after controlling the pretest scores) were significant in the study groups. In other words, schema–based cognition therapy could effectively reduce early maladaptive schemas ($p<0.001$) as well as psychological maladjustment ($p<0.001$) in the study subjects.

Conclusion: The current study data revealed that schema therapy reduces early maladaptive schemas and psychological maladjustment in substance–dependent women; thus, it can be used to improve the problems of this population.

Keywords: Schema therapy, Early maladaptive schemas, Psychological adjustment, Substance abuse, Women.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۹۸.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد

شهرام تیرانداز[۱]، *بهمن اکبری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد، مشاوره، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Akbari@iaurasht.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۷ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: سوءمصرف مواد مخدر، مشکل متداولی است که نیاز به توجه فزاینده‌ای دارد و پژوهش دربارهٔ درمان‌های مؤثر، ضرورتی انکارناپذیر است. هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان وابسته به سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در ماه‌های آبان و آذر سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب پژوهش، تعداد سی نفر (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و پرسشنامهٔ سازگاری بل (بل، ۱۹۶۱) را تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، مداخلهٔ طرحواره‌درمانی براساس بستهٔ آموزشی دری (۱۹۹۶) ارائه شد؛ درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایش و گروه گواه معنادار بود؛ یعنی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر طرحواره در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، طرحواره‌درمانی گروهی موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی در زنان وابسته به مواد می‌شود و می‌توان از این نوع درمان برای کاهش مشکلات زنان وابسته به مواد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سازگاری روان‌شناختی، سوءمصرف مواد، زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

۱ مقدمه

از بحران‌های بسیار مهم دنیای کنونی که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختار اجتماعی کشورهای مختلف را تهدید می‌کند، مسئلهٔ اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر[1] است (۱). سوءمصرف مواد و وابستگی به آن، پدیده‌ای عودکننده و مزمن است که تمامی جوانب زندگی فرد را فرا می‌گیرد و باوجود خطرات و عوارض ناشی‌از اعتیاد هر روز به شمار قربانیان آن افزوده می‌شود (۲). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است و از مشکلات بسیار مهم بشر به‌شمار می‌آید (۳)؛ همچنین به‌منزلهٔ دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (۴).

تحقیقات نشان می‌دهد، فرایند اعتیاد تحت‌تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه[2] پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تر علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوءمصرف مواد هستند (۶). طرحواره‌های ناسازگار به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم می‌توانند منجربه مشکلات روان‌شناختی نظیر تعارضات بین‌فردی، اضطراب، افسردگی و سوءمصرف مواد شوند. همچنین افراد دارای سوءمصرف مواد درمقایسه با جمعیت عادی، طرحواره‌های ناسازگار و مشکلات روان‌شناختی بیشتری دارند (۷). افرادی که دچار وابستگی و سوءمصرف مواد می‌شوند، به‌طور هم‌زمان به اختلالات دیگری نیز گرفتار می‌شوند (۸). یکی از عوامل متعددی که در ایدئولوژی سوءمصرف مواد تأثیر دارد، سازگاری روان‌شناختی[3] است (۹).

سازگاری، توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنارآمدن با خود، محیط و دیگران تعریف شده است. سازگاری روان‌شناختی جریانی است که در آن فرد برای وفق‌دادن خود با فشارهای بیرونی و درونی تلاش می‌کند (۱۰). انسان با سازگارشدن و تحقق خواسته‌ها و رفع نیاز، خود را در شرایطی می‌بیند که سرشار از معیارها، آداب، رسوم اجتماعی، محدودیت‌ها و مقررات است (۱۱). از درمان‌های قابل قبول برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی طرحواره‌درمانی[4] است. رویکرد طرحواره‌درمانی، وابستگی به مواد فعال را به‌عنوان اختلالی اولیه شناسایی می‌کند (۱۲). طرحواره‌درمانی، تکنیک‌های رفتاری، شناختی، تجربی و بین‌فردی را ترکیب می‌کند و تأکید بسیاری بر فرایندهای تحول، بنیان‌های دوران کودکی و حفظ این طرحواره دارد (۱۳). پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی در نمونه‌های بالینی مبتلا به اعتیاد و افراد عادی است؛ به‌صورتی‌که نتایج پژوهش تاجیک‌زاده و همکاران نشان داد که طرحواره‌درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ افراد وابسته به مواد مؤثر است (۱۴). همچنین نتایج مطالعهٔ روزبهی و همکاران حاکی‌از تأثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان بود (۱۵). لزوم توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و به‌تبع آن تفاوت‌های رفتاری ضروری است؛ بنابراین باتوجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان وابسته به سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت، در دو ماه آبان و آذر سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از این بین، افراد واجد شرایط داوطلب پژوهش به تعداد سی نفر از زنان وابسته به سوءمصرف مواد (پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه) انتخاب شدند. براساس اندازهٔ اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مدنظر، پانزده نفر در هر گروه (درمجموع سی نفر) به‌دست آمد (۱۶). به این ترتیب که در مرحلهٔ اول، تقسیم شهر رشت به پنج ناحیهٔ شمال، جنوب، شرق، غرب و بخش مرکزی صورت گرفت. در مرحلهٔ بعد از هر ناحیه دو مرکز ترک اعتیاد به‌طور تصادفی در نظر گرفته شد. در مرحلهٔ بعد تمامی زنان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به آن مراکز (ده مرکز) بر حسب شرایط ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب که در طرحواره‌های ناسازگار اولیه یک انحراف معیار بیشتر و در سازگاری روان‌شناختی یک انحراف معیار کمتر از میانگین بودند، سی نفر در دو گروه پانزده‌نفری آزمایش و گواه به‌طور تصادفی تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل جنسیت زن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری‌های روان‌شناختی و رفتاری جدی غیر از سوءمصرف موادمخدر و دارابودن نمرهٔ بیشتر معنادار در فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ[5] (۱۷) و پرسشنامهٔ سازگاری بل[6] (۱۸) بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش داشتن غیبت دو جلسه و بیشتر در برنامهٔ مداخله و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به این صورت بود: تمامی افراد به‌شکل شفاهی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

در مرحلهٔ پیش‌آزمون فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ (۱۷) و پرسشنامهٔ سازگاری بل (۱۸) برای هر دو گروه اجرا شد. در ادامه گروه آزمایش مداخلهٔ طرحواره‌درمانی گروهی را از آبان سال ۱۳۹۷ تا آذر سال ۱۳۹۷ در مرکز ترک اعتیاد مرکزی بهزیستی دریافت کرد. برای گروه گواه نیز فقط مشاورهٔ گروهی ارائه شد. یک هفته بعد از اتمام طرحواره‌درمانی گروهی، پس‌آزمون با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ و پرسشنامهٔ سازگاری بل از آنان گرفته شد.

---

1. Addiction and drug abuse
2. Early maladaptive schemas
3. Psychological adjustment
4. Schema Therapy
5. The Young Schema Questionnaire-Short Form
6. Bell Adjustment Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ: فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ توسط یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۱۷). این پرسشنامه شامل نودگویه و هجده طرحواره در پنج بُعد و حوزهٔ بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری می‌شود و در قالب طیف لیکرت از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) نمره‌گذاری می‌شود (۱۷). برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ کلی هر خرده‌مقیاس با طرحوارهٔ ناکارآمد، میانگین نمره در هر پنج عبارت محاسبه می‌شود. اگر میانگین نمرهٔ فرد در هر خرده‌مقیاس بیشتر از ۱۵ باشد، یا در سه سؤال از پنج سؤال مربوط به هر طرحواره گزینه‌های ۵ یا ۶ را انتخاب کند، فرد دارای آن طرحواره خواهد بود. هرچه نمرات بیشتر باشد، وجود طرحواره‌های ناسازگار را بیشتر منعکس می‌کند (۱۷). نتایج بررسی نسخهٔ اصلی این پرسشنامه نشان داد، برای هر طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۳ (برای طرحوارهٔ خودتحول‌نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحوارهٔ نقص/شرم) و ضریب آزمون‌ـ بازآزمون در جمعیت غیربالینی، بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ است (۱۹). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط حسینی‌فرد و کاویانی روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شد. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۷ و در مردان ۰/۹۸ به‌دست آمد. پایایی پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ، ۰/۹۳ بود و پایایی بیشتر را خرده‌مقیاس شکست، ۰/۹۲ داشت (۲۰).

ـ پرسشنامهٔ سازگاری بل: پرسشنامهٔ سازگاری بل به‌منظور پی‌بردن به موقعیت عمومی سازگاری فرد به‌کار می‌رود و توسط بل در سال ۱۹۶۱ ساخته شد (۱۸). تعداد سؤالات این پرسشنامه ۱۶۰ سؤال است که پنج خرده‌مقیاس را می‌سنجد و هر خرده‌مقیاس ۳۲ سؤال دارد. زیرمقیاس‌ها عبارت است از: الف. سازگاری در خانه؛ ب. سازگاری در سلامتی؛ ج. سازگاری اجتماعی؛ د. سازگاری عاطفی؛ ه. سازگاری شغلی. نحوهٔ نمره‌دهی و تجزیه‌وتحلیل به این صورت است که هر سؤال از سه گزینهٔ بلی، خیر و نمی‌دانم تشکیل شده است. نمرهٔ بیشتر از ۱۶ در هر خرده‌مقیاس به‌معنای سازگاری کمتر آن خرده‌مقیاس در این پرسشنامه است (۱۸). در نسخهٔ اصلی پرسشنامه، میزان آلفای کرونباخ برای ابعاد آن از ۰/۸۱ برای بُعد سازگاری اجتماعی تا ۰/۹۴ برای سازگاری کلی گزارش شد. اعتبار آزمون‌ـ آزمون مجدد این پرسشنامه در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ بود (۲۱). ضرایب اعتبار (پایایی) نسخهٔ فارسی این مقیاس در مطالعهٔ دهستانی و همکاران برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین، این پرسشنامه روایی زیادی را در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با پرسشنامهٔ شخصیت آیزنک[1] نشان داد (۲۲).

ـ جلسات شناخت‌درمانی: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر طرحواره در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی دری اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۲۳). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر طرحواره ارائه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر طرحواره

جلسه	هدف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات
دوم	شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیک و هیجانات
سوم	درک مسائل خود و پنج جنبهٔ اصلی زندگی
چهارم	تمرکز بر زمان حال و رفتار خود با تأکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت‌زدایی منظم
پنجم	شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره‌های ذهنی
ششم	آموزش تکنیک کاهش و حذف طرحواره‌های ناسازگار
هفتم	مسئولیت‌پذیری درقبال نتایج باورهای غلط پیشین ازطریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید
هشتم	جمع‌بندی جلسات

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها آزمون شاپیرو‌ـ ویلک و به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون به‌کار رفت و نیز همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۶/۵±۳۴/۷ سال و گروه گواه ۶/۸±۳۵/۳ سال بود و تفاوت آماری معناداری بین سن دو گروه وجود نداشت (p=۰/۰۵۶). در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌ها گزارش شده است.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس، به‌منظور بررسی رعایت

[1]. Eysenck Personality Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو- ویلکز و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو- ویلکز برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمال‌بودن رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود دارد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	آزمایش	۳۰۰/۷۵	۷۹/۲۴	۲۵۹/۳۳	۶۰/۵۲	۳۰/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گواه	۲۳۲/۰۸	۶۴/۲۶	۲۲۷	۶۲/۸۵			
سازگاری روان‌شناختی	آزمایش	۱۰۷/۴۱	۲۴/۰۷	۹۱/۴۱	۱۷/۷۷	۲۱/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گواه	۹۹/۰۸	۱۵/۵۶	۹۶/۲۵	۱۴/۵۵			

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های جدول ۲ نشان داد، میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار است. به این معنا که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر طرحواره در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد بود. براساس نتایج، پس‌آزمون نمرهٔ کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بعد از تعدیل پیش‌آزمون نشان داد که در گروه آزمایش با حذف اثر نمرهٔ پیش‌آزمون، اثر طرحواره‌درمانی گروهی بر نمرهٔ پس‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد استفاده از طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش نمرهٔ کل طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ زنان وابسته به سوءمصرف مواد تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش تاجیک‌زاده و همکاران مبنی‌بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ افراد وابسته به مواد (۱۴) و نتایج مطالعهٔ روزبهی و همکاران مبنی‌بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان (۱۵) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل می‌شوند و در سایر دوران زندگی تداوم می‌یابند. براساس نظر یانگ، چون طرحواره‌درمانی بر سطح عمیق‌تر شناخت تأکید می‌کند، به‌دنبال آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح کند و این عمل از میزان موفقیت زیادی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آن‌ها برخوردار است (به نقل از ۲۴). طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامهٔ منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایهٔ درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بنا شده است؛ همچنین تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دل‌بستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌ها ترکیب می‌کند و از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائهٔ مفهوم سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند (۲۵).

طرحواره‌درمانی بیشتر بر رابطهٔ درمانی، تجربهٔ عاطفی و بحث از تجارب اولیهٔ زندگی تأکید دارد و نقطهٔ مرکزی این نظریه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۲۶). یانگ معتقد است که طرحواره‌درمانی برای درمان اختلالات روان‌شناختی سخت و مزمن (مانند اختلالات شخصیت، افسردگی و اضطراب مزمن، سوءمصرف مواد و...) بر سایر روش‌های درمانی کوتاه‌مدت برتری دارد (به نقل از ۲۷). درمان متمرکز بر طرحواره، تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی و تجربی را برای ارزیابی طرحواره‌ها ترکیب می‌کند و تأکید بیشتری بر ریشه‌های دوران کودکی و فرایندهای تحولی درگیر در پیدایش و حفظ این طرحواره‌ها دارد (۲۷). باتوجه به این مطالب، طرحواره‌درمانی با سازمان‌دادن به شناخت‌ها و اصلاح طرحواره‌های بنیادی بیمار مبتلا به سوءمصرف مواد، آسیب‌های ناشی‌از این طرحواره‌های ناسازگار را تا حدود قابل قبولی خنثی می‌کند؛ خود این فرایند به افزایش بینش فرد در راستای بهبود شرایط مشکل‌ساز منجر می‌شود (۲۸). بر این اساس منطقی به‌نظر می‌رسد که طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ زنان وابسته به سوءمصرف مواد تأثیر داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد، پس از طرحواره‌درمانی گروهی میانگین گروه آزمایش در نمرهٔ کل سازگاری روان‌شناختی به‌صورت معناداری کمتر از میانگین گروه گواه بود. این یافته نشان می‌دهد استفاده از طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش ناسازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش شهابی و ثناگوی محرر مبنی‌بر اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر سازگاری و صمیمیت زناشویی زوجین شهر کرمان (۲۹) همسوست.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره‌درمانی باتوجه اینکه سوءمصرف مواد مخدر را به‌مثابهٔ مشکلی فردی، اجتماعی، شخصیتی و رفتاری نگاه می‌کند و متناسب با آن فنون شناختی و اجتماعی را به افراد آموزش می‌دهد، روش درمانی کامل‌تر و اثربخش‌تری به‌شمار می‌آید (۲۶). طرحواره‌درمانی به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تحریف‌شده و طرحواره‌های ناسازگار خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این طرحواره‌های تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد ناشی‌از آن‌ها را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف شناختی و تاکتیک‌های مشخصی استفاده کند؛ همچنین به‌علت در تضادبودن طرحواره‌های ناسازگار با شاخص‌ها و اجزای سازگاری روان‌شناختی، طرحواره‌های ناسازگار باعث کاهش میزان سازگاری فرد در ابعاد گوناگون می‌شوند؛ البته عامل اصلی تعیین‌کنندهٔ سازگاری روان‌شناختی عبارت است از تفاوت درک‌شده بین آنچه است و آنچه از فرد می‌خواهد باشد و این همان ذهنی‌بودن سازگاری است (۲۸). همچنین در طرحواره‌درمانی تغییر طرحواره‌های نامناسب و سازش‌نایافته آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب تقویت می‌شود. خودتنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به افراد آموزش داده شده و برای تغییر عقاید کنترل بیش‌ازحد خود، آموزش برنامه‌ریزی روزانهٔ کوتاه‌مدت و دردسترس ارائه می‌شود. تغییر طرحواره‌های ناسازگار و تبدیل آن‌ها به طرحواره‌های مناسب، پیامدهای روان‌شناختی مطلوبی را برای فرد به‌دنبال دارد؛ همچنین به حفظ سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی فرد کمک می‌کند (۲۴). به این ترتیب در طرحواره‌درمانی درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روان‌شناختی مطلوب آموزش داده می‌شود. به‌نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی از لحاظ نظری و عملی در زمینهٔ عقاید مثبت و تدابیر کنترل در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد و سازگاری روان‌شناختی، فردی و اجتماعی آن‌ها تأثیر عمیق دارد؛ بنابراین منطقی به‌نظر می‌رسد، استفاده از طرحواره‌درمانی بر کاهش ناسازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد تأثیر داشته باشد (۲۷).

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل نبود امکان کنترل مدت و شدت اعتیاد و نیز نوع مادهٔ مصرفی افراد نمونه، نبود امکان کنترل وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد نمونه و نبود امکان اجرای مرحلهٔ پیگیری برای بررسی ماندگاری درمان در طول زمان به‌دلیل مشکلات اجرایی بود.

باتوجه به نبود امکان کنترل مدت و شدت اعتیاد و نیز نوع مادهٔ مصرفی افراد نمونه در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدت و شدت اعتیاد و نوع مادهٔ مصرفی این افراد کنترل شود. باتوجه به نبود امکان کنترل وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد نمونه در پژوهش حاضر، توصیه می‌شود در صورت امکان در تحقیقات آینده وضعیت اجتماعی و اقتصادی این افراد کنترل شود؛ همچنین در صورت امکان در پژوهش‌های آتی برای مشخص‌کردن اینکه آیا تفاوت تأثیر گروه آزمایش در طول زمان پایدار مانده است یا نه، مرحلهٔ پیگیری انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود روش طرحواره‌درمانی گروهی در اولویت مداخلات بالینی در راستای کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سوءمصرف مواد قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر نشان داد، روش طرحواره‌درمانی موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی در زنان وابسته به مواد می‌شود و می‌توان از این درمان برای کاهش مشکلات زنان وابسته به مواد استفاده کرد. این نتایج کاربردهای بالینی مستقیم و ضمنی مهمی در زمینهٔ پیشگیری از سوءمصرف مواد در زنان و درمان آن ازطریق کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش ناسازگاری روان‌شناختی آن‌ها دارد.

٦ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مراکز ترک اعتیاد شهر رشت با شماره نامهٔ ۲۷ صادر شده است. این ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شد: تمامی افراد به‌شکل شفاهی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Kolodny A, Courtwright DT, Hwang CS, Kreiner P, Eadie JL, Clark TW, et al. The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. Annu Rev Public Health. 2015;36(1):559–74. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122957
2. Zgierska A, Miller M, Rabago D. Patient satisfaction, prescription drug abuse, and potential unintended consequences. JAMA. 2012;307(13):1377–8. doi: 10.1001/jama.2012.419
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]

4. Tavakoli M, Mohammadi L, Yarmohammadi M, Farhoudian A, Ja'fari F, Farhadi MH. Status and Trend of substance abuse and dependence among Iranian women. Archives of Rehabilitation. 2014;14:30–7. [Persian] https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1456-en.pdf
5. Roy S, Ninkovic J, Banerjee S, Charboneau RG, Das S, Dutta R, et al. Opioid drug abuse and modulation of immune function: consequences in the susceptibility to opportunistic infections. J Neuroimmune Pharmacol. 2011;6(4):442–65. doi: 10.1007/s11481-011-9292-5
6. Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. New England Journal of Medicine. 2015;372(3):241–8. doi: 10.1056/NEJMsa1406143
7. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: a descriptive investigation. J Subst Abuse Treat. 2012;42(3):271–8. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.004
8. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: a comparison with a non-clinical group. J Subst Abuse Treat. 2013;44(5):522–7. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.001
9. Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray KN. Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. Subst Use Misuse. 2018;53(14):2320–9. doi: 10.1080/10826084.2018.1473438
10. Janson DL, Harms CA, Hollett RC, Segal RD. Differences between men and women regarding early maladaptive schemas in an Australian adult alcohol dependent clinical sample. Subst Use Misuse. 2019;54(2):177–84. doi: 10.1080/10826084.2018.1480038
11. Sundag J, Zens C, Ascone L, Thome S, Lincoln TM. Are schemas passed on? a study on the association between early maladaptive schemas in parents and their offspring and the putative translating mechanisms. Behav Cogn Psychother. 2018;46(6):738–53. doi: 10.1017/s1352465818000073
12. Lecigne M, Tapia G. The mediating role of early maladaptive schemas on relations between post-traumatic stress disorder symptom severity and illicit substance use disorder. Journal of Substance Use. 2018;23(6):634–9. doi: 10.1080/14659891.2018.1489005
13. Estévez A, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D, Jauregui P. The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. J Interpers Violence. 2019;34(4):763–84. doi: 10.1177/0886260516645815
14. Tajikzade F, Zare I, Naziri G, Afshari R. The effectiveness of group schema therapy on the early maladaptive schemas among men undergoing Methadone Maintenance Treatment (MMT). Journal of Personality & Individual Differences. 2015;4(7):1–23. [Persian]
15. Roozbehi M, Rezaie A, Alipour Dolatabad A. Comparing the effectiveness of group-based acceptance and commitment and schematic therapies on early maladaptive schemas in addicted patients of Shiraz hospitals, Iran. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2017;15(3):339–46. [Persian] https://rbs.mui.ac.ir/article-1-550-en.pdf
16. Holman C, Piper SK, Grittner U, Diamantaras AA, Kimmelman J, Siegerink B, et al. Where have all the rodents gone? the effects of attrition in experimental research on cancer and stroke. PLoS Biol. 2016;14(1):e1002331. doi: 10.1371/journal.pbio.1002331
17. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
18. Bell HM. The Adjustment Inventory. Palo Alto, CL: Consulting Psychologists Press; 1961.
19. Thimm JC. Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2013;13(1):113–24.
20. Hosseinifard SM, Kaviani N. Comparing the early maladaptive schemas, attachment and coping styles in opium and stimulant drugs dependent men in Kerman, Iran. Addict Health. 2015 Winter-Spring;7(1–2):30–6.
21. Hussain S, Jehan K. Assessment of social desirability of Bell's Adjustment Inventory (Hindi adaptation) and its further standardization. Journal of Personality and Clinical Studies. 1990;6(2):233–6.
22. Dehestani M, Tarkhan M, Abbasi M, Aghili ZS. Efficacy of integrating stress coping skills training with detoxification on social adjustment of addicted women. Addict Health. 2012 Summer-Autumn;4(3–4):127–32.
23. Derry SJ. Cognitive schema theory in the constructivist debate. Educational Psychologist. 1996;31(3–4):163–74. doi: 10.1080/00461520.1996.9653264
24. Khosravani V, Mehdizadeh A, Dortaj A, Alvani A, Amirinezhad A. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the abusers of opiate, stimulant, and cannabis drugs and healthy subjects. Journal of Substance Use. 2017;22(3):317–23. doi: 10.1080/14659891.2016.1208776
25. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. J Affect Disord. 2013;148(1):118–22. 10.1016/j.jad.2012.10.034
26. Heyman GM. Received wisdom regarding the roles of craving and dopamine in addiction: a response to Lewis's critique of addiction: A Disorder of Choice. Perspect Psychol Sci. 2011;6(2):156–60. doi: 10.1177/1745691611400243
27. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Wilson L-A, Forooshani S. Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. J Cogn Ther. 2019;12(1):5–15. doi: 10.1007/s41811-018-0036-7
28. Soyaslan BD. Investigation of the relationship between early stage maladaptive schemes and anger levels in people with substance-use disorders. Psi Hem Derg. 2019;10(2):117–23. doi: 10.14744/phd.2019.87049
29. Shahabi S, Sanagouye Moharer G. The effect of group schema therapy on marital adjustment and marital intimacy in couples in Kerman. Journal of Community Health. 2019;6(3):236–43. [Persian] doi: 10.22037/ch.v6i3.22565

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.187.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.176]