

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Schema Therapy on the Anxiety and Reduction of Impulsivity in Flagrant Addicts

Bahramabadian F¹, *Mojtabaie M², Sabet M³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: mojtabaie_mina@yahoo.com

Received: 2021 October 11; Accepted: 2022 March 22

Abstract

Background and Objectives: Addiction to drugs and its quitting are always a big concern for people addicted to drugs and their families. Drug addiction is a chronic, progressive, and recurrent disease that includes a set of cognitive, emotional, behavioral, and physiological symptoms, indicating that a drug addict continues to use drugs despite being aware of the consequences. People with substance abuse are twice as likely as normal people to have mood disorders, and anxiety is the most common mood disorder in these people. Anxiety is a warning sign that warns of impending danger and prepares a person to deal with a threat. One of the known mechanisms that affects people's tendency to use and dependence on drugs is impulsivity. Impulsivity includes a wide range of behavioral and cognitive tendencies such as difficulty in delaying or inhibiting the voluntary response, short response threshold, defect in delaying pleasure, and difficulty in paying attention. In this regard, the present study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on reducing anxiety and impulsivity in addicts.

Methods: This study is quasi-experimental with a pretest-posttest and a two-month follow-up design with a control group. The statistical population of the study consisted of all male addicts of Article 16 (The anti-narcotics law means the compulsory treatment of drug addicts) who are kept in government centers of Guilan Province, Iran for one to three months for treatment from 2020 to 2021 by order of a judicial official. The research sample consisted of 45 male addicts who were selected by purposive sampling method. The inclusion criteria were as follows: dominant and simultaneous use of heroin and glass, length of stay of three months, not being treated with psychological intervention and being treated with MMT (Methadone Maintenance Treatment). Then, they were randomly divided into three groups based on acceptance and commitment therapy, schema therapy, and control group. The exclusion criteria were as follows: having psychotic disorders, staying less than 3 months in the center, absence of more than two sessions, and unwillingness to continue participating in the study. Fifteen people were counted for each group. Beck Anxiety Inventory-II (Beck et al., 1996) and Barratt Impulsivity Scale (Barratt et al., 1997) were administered at the pretest, posttest, and follow-up stages for three groups. The first experimental group received eight 60-min sessions of acceptance and commitment treatment. For the second group, eight 60-minute sessions of group schema therapy intervention were presented. At the end of the training sessions, the tests were repeated for all three groups, and after two months of posttest, the follow-up test was performed. To statistically analyze the data, descriptive and inferential statistics were used. Mean and standard deviation were used for descriptive analysis of data, and analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test were used for inferential statistics in SPSS version 22. The significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The results showed that the change in the three stages of pretest, posttest, and follow-up was significant regardless of the group factor for impulsivity and anxiety variables ($p < 0.001$). The three groups had significant differences in impulsivity and anxiety variables ($p < 0.001$). Also, there was a significant difference between the average scores of the experimental groups and the control group in the dependent variables of impulsivity and anxiety ($p < 0.001$). However, no significant difference was observed between the average scores of impulsivity and anxiety in the two experimental groups ($p = 0.195$ and $p = 0.999$, respectively). Based on the average scores, the effectiveness of these treatments has been stable over two months.

Conclusion: According to study findings, acceptance and commitment-based and schema therapies are effective in reducing impulsivity and anxiety in addicts, and there was no difference between the effectiveness of the two treatments.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Schema therapy, Anxiety, Impulsivity, Addict.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر اضطراب و کاهش تکانشگری در افراد معتاد متجاهر

فاطمه بهرام آبادیان^۱، *مینا مجتبائی^۲، مهرداد ثابت^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: mojtabaie_mina@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۹ مهر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ اسفند ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، از مشکلات بسیار مهم سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و تکانشگری در افراد معتاد متجاهر انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی معتادان مرد متجاهر ماده شازده قانون مبارزه با مواد مخدر در استان گیلان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. تعداد ۴۵ معتاد مرد واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). به‌منظور انجام مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹) و طرح‌واره‌درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) هر یک در هشت جلسه صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. ابزارهای استفاده‌شده، پرسش‌نامه اضطراب بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس تکانشگری بارت (بارت و همکاران، ۱۹۹۷) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: تغییر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه برای متغیرهای تکانشگری و اضطراب معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). سه گروه در متغیرهای مذکور تفاوت معناداری داشتند ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با گروه گواه در متغیرهای تکانشگری و اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما بین میانگین نمرات تکانشگری و اضطراب در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد (به‌ترتیب $p = ۰/۱۹۵$ و $p = ۰/۹۹۹$) و براساس میانگین نمرات، با گذشت زمان دوماهه اثربخشی درمان‌ها پایدار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی هر دو بر کاهش تکانشگری و اضطراب افراد معتاد متجاهر اثربخش است؛ اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معنادار وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی، اضطراب، تکانشگری، معتاد متجاهر.

به‌عنوان اختلالی اولیه شناسایی می‌کند و فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اجتنابی ناسازگار را عوامل مهم در افزایش عود مجدد وابستگی به مواد در میان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی می‌داند (۱۱). در همین راستا، تاپیا و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مؤثری از جمله طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی به کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد کمک می‌کنند (۱۲). مطالعه نیک‌پور و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه مؤثر است و تفاوت معناداری بین دو روش درمانی وجود ندارد (۱۳). پژوهش محقق و خرقانی مشخص کرد، طرح‌واره‌درمانی منجر به تغییر و اصلاح طرح‌واره‌ها و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در افراد با اختلال مصرف مواد می‌شود (۱). با توجه به ناکارآمدی درمان‌های معمول در حل مسائل پیچیده افراد معتاد متجاهر که بازگشت مجدد از سوی این افراد را به دنبال دارد، لزوم توجه به مداخلات روان‌شناختی مؤثر و کارآمد در ایجاد انگیزه و تمایل به ترک و کاهش اضطراب و تکانشگری این افراد بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به این مطالب، شناسایی شیوه یا شیوه‌های درمانی برای این افراد و تدوین برنامه‌هایی به‌منظور تحت درمان قرارگرفتن آن‌ها، باهدف کاهش آسیب‌های ناشی از آن در جامعه، جزو مسائل مهم‌تری است که موجب شده است انجام چنین پژوهشی امری ضروری تلقی شود. همچنین در جست‌وجوی‌های انجام‌شده در مطالعات داخلی و خارجی توسط محقق، اثربخشی مداخلات طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد معتاد متجاهر بررسی نشده است و پژوهش حاضر نخستین مطالعه‌ای بود که کارایی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی را در افراد متجاهر در درمان ماده‌شانزده بررسی کرد؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و تکانشگری در افراد متجاهر در درمان ماده‌شانزده صورت گرفت.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی معتادان مرد متجاهر ماده‌شانزده قانون مبارزه با مواد مخدر یعنی درمان اجباری معتادان متجاهر به تعداد هزار نفر تشکیل دادند که با دستور مقام قضایی از یک تا سه ماه در مراکز دولتی استان گیلان در سال ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ برای درمان نگهداری شدند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از معتادان مرد متجاهر بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس براساس ملاک‌های ورود به پژوهش، به‌شیوه تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: مصرف غالب و هم‌زمان هروئین و شیشه؛ مدت اقامت سه ماه؛ تحت درمان مداخله

وابستگی به مواد^۱ و تلاش برای ترک آن همیشه دغدغه‌های بزرگ برای افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آنان است که هرساله هزینه‌های سنگینی در ایران صرف مبارزه یا پیشگیری و درمان آن می‌شود و گاه در کنار خسارت مالی، خسارت جانی به خانواده و اجتماع وارد می‌کند. وابستگی به مواد، بیماری مزمن و پیش‌رونده و عودکننده‌ای است و شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک می‌شود که مشخص می‌کند فرد وابسته به مواد باوجود آگاهی از نتیجه مصرف مواد مخدر باز به مصرف آن ادامه می‌دهد (۱). فردی که برای درمان داوطلب نمی‌شود، در آن صورت مشمول ماده شانزده قانون می‌گردد؛ یعنی قاضی او را ملزم می‌کند تا برای درمان خود اقدام کند که این شخص متجاهر شناخته می‌شود و در این صورت فرد را به مراکز ماده‌شانزده یا درمان اجباری ارجاع می‌دهند. نرخ شیوع اعتیاد در جمعیت فعال در کشور ما ۵/۴ درصد است و از این تعداد میزان ۲/۱ درصد را دانش‌آموزان و ۴/۷ درصد را دانشجویانی تشکیل می‌دهند که درگیر اعتیاد شده‌اند (۲). افرادی که سوء‌مصرف مواد دارند، دوبرابر بیشتر از افراد عادی دچار اختلالات خلقی و اضطرابی^۲ می‌شوند و اضطراب، اختلال خلقی شایع‌تر در این افراد است. اضطراب، علامتی هشداردهنده است و خبری از خطر قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می‌سازد (۳). از مکانیزم‌های شناخته‌شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن تأثیر دارد، تکانشگری^۳ است. تکانشگری طیف وسیعی از گرایش‌های رفتاری و شناختی مانند مشکل در به‌تأخیرانداختن یا بازداری از پاسخ ارادی، آستانه پاسخ کوتاه، نقص در به‌تأخیرانداختن لذت و مشکل در توجه‌کردن است (۴).

در همین راستا یکی از مداخلات روان‌شناختی که تأثیرات چشمگیری بر بهبود مشکلات روان‌شناختی و اختلالات شخصیت دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است که در سال‌های اخیر مدنظر محققان قرار گرفته است (۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکلی از درمان موج سوم به‌شمار می‌رود که از گسترش درمان شناختی‌رفتاری ایجاد شده است (۶،۷). هدف این درمان شناسایی و کم‌کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (۸). همچنین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای رسیدن به زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۵ ایجاد می‌شود (۹).

از درمان‌هایی که جنبه‌های روانی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، طرح‌واره‌درمانی^۶ است. طرح‌واره‌درمانی روشی ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) پایه‌گذاری شد. طرح‌واره‌درمانی روشی نوین و یکپارچه به‌شمار می‌رود که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بنا شده است (به‌نقل از ۱۰). رویکرد طرح‌واره‌محور، وابستگی به مواد فعال را

5. Psychological flexibility

6. Schema Therapy

1. Drug dependence

2. Mood disorders and anxiety

3. Impulsivity

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

روان‌شناختی قرارنگرفتن؛ تحت درمان‌بودن با MMT^۱. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، داشتن اختلالات سایکوتیک، اقامت کمتر از سه ماه در مرکز، غیبت بیش از دو جلسه و تمایل‌نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش بود. تعداد نمونه لازم با استفاده از جدول کوهن (به‌نقل از ۱۴) با اندازه اثر ۰/۸۹ و توان آزمون ۰/۸۴ برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. در ابتدا، برای هر سه گروه پیش‌آزمون انجام پذیرفت. پرسش‌نامه اضطراب بک-ویرایش دوم^۲ (۱۵) و مقیاس تکانشگری بارت^۳ (۱۶) در اختیار افراد گروه نمونه قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه می‌ماند و تنها فقط برای کار پژوهشی جمع‌آوری می‌شود؛ همچنین تأکید شد که صادقانه به سؤالات پاسخ دهند. سپس گروه آزمایش اول هشت جلسه شصت دقیقه‌ای، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. برای گروه دوم نیز هشت جلسه شصت دقیقه‌ای مداخله طرح‌واره‌درمانی گروهی ارائه شد. پس از پایان جلسات آموزشی برای هر سه گروه، پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌های مذکور صورت گرفت و پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری با استفاده از پرسش‌نامه‌های مذکور اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت. پرسش‌نامه اضطراب بک-ویرایش دوم: در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان اضطراب، پرسش‌نامه اضطراب بک به‌کار رفت (۱۵). این پرسش‌نامه، ابزاری خودسنجی است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد. شامل ۲۱ عبارت است و دربرابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افراد مضطرب از نظر بالینی، آن‌ها را تجربه می‌کنند. آزمودنی‌ها میزان رنجش خود از علائم اضطراب را در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. در امتیازدهی، به اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط امتیاز دو و شدید امتیاز سه تعلق می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ خواهد بود. در صورتی که نمره به‌دست‌آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد بررسی‌شده هیچ اضطرابی ندارد. اگر نمره به‌دست‌آمده بین ۸ تا ۱۵

باشد، نشان‌دهنده اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶ تا ۲۵ باشد، بیانگر اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶ تا ۶۳ باشد نشان‌دهنده اضطراب شدید است (۱۵). بک و کلارک در دو مطالعه یافته‌های هنجاری و روان‌سنجی این پرسش‌نامه را ارائه دادند. اولین مطالعه بر ۱۶۰ بیمار صورت گرفت. در تکمیل این پژوهش، مطالعه دیگری بر ۳۶۷ بیمار سرپایی انجام شد. هر دو تحقیق حاکی از معتبربودن پرسش‌نامه در سنجش اضطراب بود (۱۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در ایران در پژوهش رفیعی و سیفی با استفاده از روش آماری آزمون و بازآزمون بررسی شد که مقدار روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد به‌دست آمد (۱۸).

مقیاس تکانشگری بارت: این مقیاس به‌منظور اندازه‌گیری میزان تکانشگری به‌کار رفت (۱۶). این مقیاس، ابزاری خودگزارشی است که توسط بارت و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد. سی ماده دارد و در مقیاسی چهاردرجه‌ای لیکرتی (=۱=هیچ‌گاه/به‌ندرت، =۲=گاهی اوقات، =۳=اغلب، =۴=اکثراً/همیشه) تنظیم شده است. از سی ماده این مقیاس یازده ماده ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹ و ۳۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به‌ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است (۱۶). این مقیاس توسط اخوان و سجادیان روی گروهی ۲۵۹ نفری از دانشجویان اجرا شد. نتایج این تحقیق حاکی از وجود سه عامل با نام‌های تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی بود. اعتبار کل مقیاس تکانشگری با دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی تحلیل شد که به‌ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به‌دست آمد (۱۹).

مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط پترسون و همکاران طراحی شد (۲۰) (جدول ۱). یانگ و همکاران طرح‌واره‌درمانی گروهی را طراحی کردند (۱۰) (جدول ۲). در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات، از نظر پنج استاد دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی و حداقل پانزده سال سابقه فعالیت آموزشی، استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	توصیف
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات، مصاحبه فردی، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن‌آگاهی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده افکار براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفت‌وگو درباره جنبه افکار موجود با افکار سالم
سوم	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات، تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس
چهارم	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به‌تنهایی و خود در ارتباط با فرد، نوشتن افکار روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
پنجم	بازبینی کاربرگ ارزش‌ها، بحث درباره موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد برای حرکت با آن‌ها به‌جای غلبه بر آن‌ها
ششم	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرگ عمل متعهد
هفتم	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه‌داشتن افراد در خود به‌عنوان زمینه رابطه، کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج
هشتم	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده

3. Barrat Impulsivity Scale

1. Methadone Maintenance Treatment

2. Beck Anxiety Inventory-II (BDI-II)

جدول ۲. خلاصه جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسه	توصیف
اول	صورت‌بندی اهمیت و هدف طرح‌واره‌درمانی و بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرح‌واره‌درمانی، سنجش مراجعان برای طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفت‌وگو درباره جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی: آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضاننده آنها و آموزش راهکارهای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه‌شده
پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی
ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با موقعیت‌های مشکل‌سازتر
هفتم	آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی‌کردن
هشتم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و آموزش راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار

همچنین مشاهده می‌شود، میانگین متغیر تکانشگری گروه طرح‌واره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون ۶۹/۸۰، در مرحله پیگیری ۶۹/۹۳ و در مرحله پس‌آزمون گروه گواه ۷۴/۰۱ بود که کاهش میانگین متغیر تکانشگری را در گروه طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد؛ به‌علاوه میانگین متغیر اضطراب گروه طرح‌واره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۰۵، در مرحله پیگیری ۱۷/۷۳ و در مرحله پس‌آزمون گروه گواه ۲۰/۲۰ بود که کاهش میانگین اضطراب را در گروه طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده‌شده، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد و نتایج مشخص کرد، توزیع داده‌های پژوهش نرمال بود ($p > ۰/۰۵$). آزمون ام‌باکس نیز به‌منظور بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس اجرا شد که نتایج معنادار نبود ($p = ۰/۳۵$ ، $F = ۱/۰۷$ ، $\text{Box's } M = ۵۶/۹۹$)، ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته برای سطوح مختلف متغیر مستقل برابر به‌دست آمد ($p > ۰/۰۵$). آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها اجرا شد که نتایج معنادار نبود؛ از این‌رو شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بود ($p > ۰/۰۵$). به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل، آزمون کرویت ماچلی به‌کار رفت و نتایج برای همه متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$) و این پیش‌شرط نیز برقرار بود؛ بنابراین تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد و نتایج مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش میانگین حداقل یکی از متغیرهای اضطراب و تکانشگری مؤثر بود ($\eta^2 \text{ Partial} = ۰/۴۵۱$ ، $\text{Wilk's } \Lambda = ۰/۴۵۱$ ، $F(۱۶۶,۸) = ۱۰/۱۶$ ، $p < ۰/۰۰۱$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان می‌دهد، تغییر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه برای متغیر تکانشگری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین نتیجه بررسی تفاوت گروه‌ها مشخص کرد، گروه‌ها در متغیر تکانشگری

به‌منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و استنباطی به‌کار رفت. برای بررسی توصیفی داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و برای بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

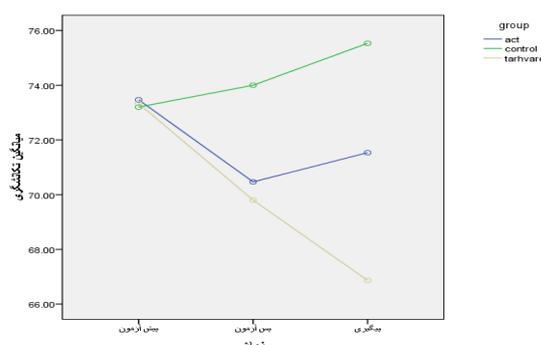
۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر معتاد متجاهر (پانزده نفر در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پانزده نفر در گروه آزمایشی طرح‌واره‌درمانی، پانزده نفر در گروه گواه) بررسی شدند. سن بیماران شرکت‌کننده در هر سه گروه در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال قرار داشت که ۸۳ درصد این افراد مجرد بودند. از نظر تحصیلات و شغل نیز این گروه‌ها همگن شدند و بیشتر افراد در هر سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۳ درصد)، طرح‌واره‌درمانی (۴۹ درصد)، گواه (۵۱ درصد) تحصیلات در حد دیپلم داشتند؛ همچنین بیشتر افراد در هر سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۷۳ درصد)، طرح‌واره‌درمانی (۷۶ درصد) و گواه (۷۲ درصد) شاغل نبودند.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه گزارش شده است؛ همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین متغیرها در گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی باهم نداشت؛ اما میانگین متغیرها در گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان نبود؛ همچنین میانگین متغیر تکانشگری در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون ۷۰/۴۶، در مرحله پیگیری ۷۱/۵۳ و در مرحله پس‌آزمون گروه گواه ۷۴/۰۱ بود که کاهش میانگین متغیر تکانشگری را در گروه درمانی پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد؛ به‌علاوه میانگین متغیر اضطراب گروه درمانی پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۰۱، در مرحله پیگیری ۱۷/۲۷ و در مرحله پس‌آزمون گروه گواه ۲۰/۲۰ بود که کاهش میانگین اضطراب را در گروه درمانی پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

تفاوت معناداری داشتند ($p < 0.001$). نمرات در متغیر اضطراب نیز در مراحل زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه تفاوت معناداری را نشان داد ($p < 0.001$). مقایسه گروه‌ها در جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

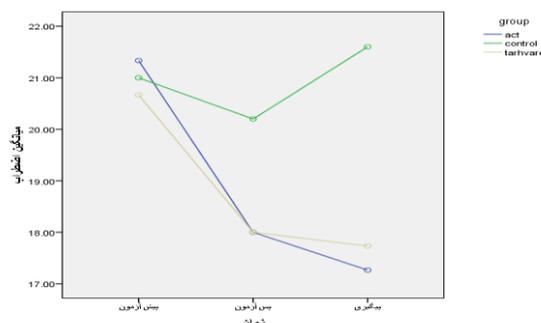
متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتایج تحلیل واریانس		
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	F	مقدار p	اندازه اثر
تکانشگری	پذیرش و تعهد	۲/۳۲	۷۳/۴۶	۳/۸۳	۷۱/۵۳	۳/۱۱	۷۱/۵۳	۸/۸۵	<0/001	0/۲۵
	طرح‌واره‌درمانی	۲/۱۲	۷۳/۳۳	۳/۰۲	۶۹/۹۳	۱/۹۷	۶۹/۹۳	۱۹/۸۹	<0/001	0/۴۳
	گواه	۲/۴۸	۷۳/۲۰	۲/۲۹	۷۵/۵۳	۱/۷۶	۷۵/۵۳	۱۱/۹۶	<0/001	0/۵۵
اضطراب	پذیرش و تعهد	۱/۳۴	۲۱/۳۳	۱/۴۶	۱۷/۲۷	۳/۱۱	۱۷/۲۷	۱۳/۱۸	<0/001	0/۳۴
	طرح‌واره‌درمانی	۱/۹۸	۲۰/۶۶	۲/۳۹	۱۷/۷۳	۲/۱۵	۱۷/۷۳	۸/۱۹	<0/001	۹/۲۴
	گواه	۱/۴۱	۲۱/۰۲	۱/۸۲	۲۱/۶۰	۱/۶۸	۲۱/۶۰	۱۷/۳۰	<0/001	0/۶۳



نمودار ۱. تغییرات متغیر تکانشگری در طول زمان به تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری باهم تفاوت معناداری را نشان داد؛ همچنین گروه طرح‌واره‌درمانی دارای میانگین کمتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

نمودار ۱ تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و یک گروه گواه را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر وابسته تکانشگری نشان می‌دهد. نتایج مشخص کرد، میانگین سه گروه در پیش‌آزمون باهم تفاوت معناداری نداشت؛ اما میانگین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر



نمودار ۲. تغییرات متغیر اضطراب در طول زمان به تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

پس‌آزمون و پیگیری باهم تفاوت معناداری را نشان داد؛ همچنین میانگین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی در پس‌آزمون باهم تفاوت چشمگیر نداشت؛ اما در دوره پیگیری، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای میانگین کمتری درمقایسه با گروه طرح‌واره‌درمانی بود.

نمودار ۲ تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و یک گروه گواه را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر وابسته اضطراب نشان می‌دهد. نتایج مشخص کرد، میانگین سه گروه در مرحله پیش‌آزمون باهم تفاوت معناداری نداشت؛ اما میانگین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی با گروه گواه در مراحل

برای مقایسه اثر گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش متغیرهای تکانشگری و اضطراب، آزمون

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثر گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش تکانشگری و اضطراب و تأثیر زمان

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
تکانشگری	پذیرش و تعهد	۱/۶۰	۰/۸۴	۰/۱۹۵
	طرح‌واره‌درمانی	-۴	۰/۸۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	پذیرش و تعهد	-۵/۶۰	۰/۸۴	<۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی	-۰/۴۷	۰/۶۴	۰/۹۹۹
اضطراب	پذیرش و تعهد	-۴/۳۳	۰/۶۴	<۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی	-۳/۸۷	۰/۶۴	<۰/۰۰۱

در دوران کودکی مؤثر است (۲۴).

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان عنوان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربه خودشان در زمان حال و براساس آنچه در همان لحظه امکان‌پذیر است، بهبود می‌بخشد (۲۵). این درمان باعث می‌شود بیماران احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات سبب کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد درباره گزارش این نشانه‌ها و کاهش اضطراب خواهد شد. در واقع به بیمار آموزش داده می‌شود که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات خود توانا تر باشد، به همان میزان می‌تواند مستقل از این تجربیات عمل کند. پذیرش، جایگزین مهمی برای اجتناب است و به بیمار کمک می‌کند، ضمن پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی و تلاش خود را برای رسیدن به هدف به‌کار گیرد (۲۶). یکی از علل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن است تا به افراد یاد دهد افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند. از افراد خواسته می‌شود در مسیر اهداف و ارزش‌هایشان کار و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. پذیرش به‌عنوان شاه‌مفهوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا کمک می‌کند که به‌عنوان تماشاگران از بیرون، فقط نظاره‌گر این اقیانوس موج و طوفانی باشند و بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره‌شدن بر مشکلات ناشی از بیماری بسیج کنند و بر آن فایق آیند (۲۷). تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه معنادان فراهم کرد. راهبردهای شناختی به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاهشان را تغییر دهند؛ زیرا آن‌ها معتقد هستند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شود که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر برآورد کنند و درعین حال ظرفیت مقابله خود را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه‌بار کمک می‌کند تا این افراد پیامدهای اعتیاد را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته‌سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهد (۲۸). همچنین در طرح‌واره‌درمانی تغییر طرح‌واره‌های نامناسب و سازش‌نیافته

جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با گروه گواه در متغیر وابسته تکانشگری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ اما بین میانگین نمرات تکانشگری در دو گروه آزمایش یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0/195$)؛ همچنین بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با گروه گواه در متغیر وابسته اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ اما بین میانگین نمرات اضطراب دو گروه آزمایش یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی تفاوت معناداری دیده نشد ($p = 0/999$).

این یافته‌ها مشخص کرد، بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنا که هر دو درمان (پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی) بر کاهش تکانشگری و اضطراب افراد معتاد متجاهر اثربخشی داشتند؛ اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت و براساس میانگین نمرات، باگذشت زمان دوماهه این اثربخشی پایدار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و تکانشگری در افراد معتاد متجاهر بود. نتایج، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی را بر کاهش متغیرهای تکانشگری و اضطراب در معتادان مرد متجاهر نشان داد؛ اما بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش تکانشگری و اضطراب در افراد معتاد متجاهر تفاوت معناداری وجود نداشت. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با نتایج پژوهش‌های ارجمند قجور و اقبالی (۲۱)، همت و همکاران (۲۲)، احمد سرموری و همکاران (۲۳) و هرتز و ایوانز (۲۴) همخوان دانست. ارجمند قجور و اقبالی دریافته‌اند، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان بیماران وابسته به مت‌آفتمین مؤثر است (۲۱). همت و همکاران (۲۲) و احمدی سرموری و همکاران (۲۳) مشخص کردند، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسواس فکری عملی مصرف مواد، اضطراب، افسردگی، تکانشگری و رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد. هرتز و ایوانز نشان دادند، طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی مزمن با سابقه تروما

آموزش داده می‌شود و تقویت رفتارهای مطلوب صورت می‌گیرد. آموزش خودتنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به افراد انجام می‌شود و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه‌ریزی روزانه کوتاه‌مدت و دردسترس صورت می‌گیرد. تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار و تبدیل آن‌ها به طرح‌واره‌های مناسب، پیامدهای روان‌شناختی مطلوبی را برای فرد به دنبال دارد؛ همچنین به حفظ سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی فرد کمک می‌کند (۲۹). 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. به نظر می‌رسد طرح‌واره‌درمانی از لحاظ نظری و عملی در زمینه عقاید مثبت و تدابیر کنترل در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد و سازگاری روان‌شناختی، فردی و اجتماعی آن‌ها تأثیر عمیق دارد؛ بنابراین منطقی به نظر می‌رسد، استفاده از طرح‌واره‌درمانی بر کاهش ناسازگاری روان‌شناختی زنان وابسته به سوءمصرف مواد تأثیر داشته باشد (۳۰). مطالعه حاجی‌پور و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسوسه و تکانشگری بیماران سوءمصرف مواد مؤثر است (۳۱)؛ پس می‌توان گفت، انجام تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی باعث آگاهی فرد از هیجان‌اتش و پذیرش هیجان‌ات می‌شود و در نتیجه اضطراب و تکانشگری را در افراد کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد که طرح‌واره‌درمانی کمک می‌کند تا فرد درباره هیجان‌ات خود آگاهی یابد و آن‌ها را بپذیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی می‌شود که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت هر دو رویکرد (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی) به شیوه خاص خود باعث پایداری اثرات خود بر متغیرهای وابسته (کاهش اضطراب و تکانشگری) شده است و تفاوتی بین آن‌ها به لحاظ پایداری وجود ندارد. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود که ایجاب می‌کند در تعمیم نتایج، به آن‌ها توجه شود. در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مطالعه نشد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، هر دو روش درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی) بر کاهش تکانشگری و اضطراب افراد معتاد متجاهر اثرگذار است و بین اثربخشی دو درمان تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته‌ها افق جدیدی در مداخلات بالینی به شمار می‌آید و می‌توان از آن‌ها به عنوان فنون درمانی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. همچنین مقاله حاضر دارای کد اخلاق IR.GUMS.REC.1400.083 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند، هیچ‌گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی و بدون هیچ حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند و نسخه نهایی را قبل از انتشار مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Mohagheghi H, Kharghani P. The effect of schema therapy on anxiety, depression, and early maladaptive schemas in individuals with substance use disorder. *Research on Addiction*. 2021;15(60):299–324. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.60.299>
2. Pournaghash Tehrani SS, Malekhamad M, Gholamali Lavasani M. Assessment of cognitive emotional dementions of personality and compaparison of psychological of prfile of individual with methamphetamine induce psychosis with normal subjects. *Journal Of Psychological Science*. 2021;20(100):533–6. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-85-en.html>
3. Weinberg A, Kotov R, Proudfit GH. Neural indicators of error processing in generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and major depressive disorder. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(1):172–85. <https://doi.org/10.1037/abn0000019>
4. Boothby CA, Kim HS, Romanow NK, Hodgins DC, McGrath DS. Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addict Behav*. 2017;70:35–41. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.002>
5. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskiewicz KL. Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*. 2009;8(3):241–57. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
6. Viskovich S, Pakenham KI. Randomized controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *J Clin Psychol*. 2020;76(6):929–51. <https://doi.org/10.1002/jclp.22848>

7. McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(3):354–62. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty268>
8. Sloschower J, Guss J, Krause R, Wallace RM, Williams MT, Reed S, et al. Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using acceptance and commitment therapy as a therapeutic frame. *J Contextual Behav Sci.* 2020;15:12–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>
9. Al-Sadi AM, Al-Oweisi FA, Edwards SG, Al-Nadabi H, Al-Fahdi AM. Genetic analysis reveals diversity and genetic relationship among *Trichoderma* isolates from potting media, cultivated soil and uncultivated soil. *BMC Microbiol.* 2015;15(1):147. <https://doi.org/10.1186/s12866-015-0483-8>
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide.* New York: The Guilford Press; 2003.
11. Idrissi SW, Ghailan T, Ahami A, Azzaoui FZ, Karjough K, Mammad K. Measurement of early maladaptive schemas in heroin addicts treated with methadone in north of Morocco. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2018;8(3):185–96. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i3.278>
12. Tapia G, Perez-Dandieu B, Lenoir H, Othily E, Gray M, Delile JM. Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: a pilot study. *J Subst Use.* 2018;23(2):199–205. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1378743>
13. Nikpour F, Khalatbari J, Rezaei O, Jomehri F. The comparing effectiveness of schema therapy and acceptance/commitment therapy on forgiveness among divorced women. *Journal of Psychological Science.* 2021;20(100):597–607. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-983-en.html>
14. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Ravesh haye tahghigh dar oloume raftari [Research methods in behavioral sciences].* Tehran: Agah Pub; 2015. [Persian]
15. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual.* Second edition. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
16. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry.* 1997;41(10):1045–61. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00175-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00175-8)
17. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behav Res Ther.* 1997;35(1):49–58. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00069-1)
18. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Thoughts & Behavior in Clinical Psychology.* 2013;7(27):43–50. [Persian] https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_13_en.html
19. Akhavan Sh, Sajjadian I. Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients. *Journal of Clinical Psychology.* 2016;8(3):11–24. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2241.html?lang=en
20. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cogn Behav Pract.* 2009;16(4):430–42. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
21. Arjmandghujer K, Eghbali A. A comparing of two schema therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) attitudes effectiveness on early maladaptive schema in Metamphetamine addicts. *Rooyesh-e-Ravanshenasi.* 2018;7:151–78. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-232-en.html>
22. Hemmat A, Mohammadi Bytamar J, Pirzeh R, Dadashi M. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to reduce obsessive-compulsive use of substance, anxiety and depression of addicts under methadone treatment. *J Adv Med Biomed Res.* 2018;26(117):109–25. [Persian] <http://zums.ac.ir/journal/article-1-5411-en.html>
23. Ahmad Sermori P, Mardani Karani J, Nazari Sarmazeh F, Sayyadi Shahrazi Z, Omidian Dehkordi M. The effectiveness of admission and commitment group therapy on decreasing impulsivity and high risk behaviors of secondary school students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi.* 2020;8(12):21–30. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-975-en.html>
24. Herts KL, Evans S. Schema therapy for chronic depression associated with childhood trauma: a case study. *Clinical Case Studies.* 2021;20(1):22–38. <https://doi.org/10.1177/1534650120954275>
25. Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies.* In: O'Donohue WT, Fisher JE; editors. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy.* New York: John Wiley & Sons Inc; 2009.
26. Pourfarahani M, Ahmad Barabadi H, Heydarnia A. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in the social anxiety of adolescent orphan girls. *Quarterly Journal of Social Work.* 2019;8(4):5–13. [Persian] <http://socialworkmag.ir/article-1-409-en.html>
27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change.* Second edition. New York, London: The Guilford Press; 2012.
28. Nakhaee Shamahmood AA, Arab A, Farnam A. The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schema of traditional and industrial addicts under methadone treatment. *The Journal Of Psychological Science.* 2020;18(82):1187–97. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-480-en.html>
29. 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. *J Subst Use.* 2017;22(3):317–23. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1208776>
30. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Wilson LA, 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. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0036-7>
31. Hajipoor H, Bayazi MH, Nejat H. Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity. *Research in Clinical Psychology and Counseling.* 2020;10(1):39–55. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article_39362.html?lang=en