

Research Paper

Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts

Fatemeh Bahramabadian¹, Mina Mojtabaie², Mehrdad Sabet³

1. Ph.D Student 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.

Citation: Bahramabadian F, Mojtabaie M, Sabet M. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. J of Psychological Science. 2021; 20(106): 1849-1863.



ORCID



URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1310-fa.html>

doi [10.52547/JPS.20.106.1849](https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy, Self-Efficacy, Craving for Change, Addicted to drugs

Background: Studies have shown that low self-efficacy and poor beliefs in abilities in stressful situations are two causes of substance abuse and relapse of addictive behaviors.

Aims: This study aims to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on self-efficacy and Craving for Change in Addicts.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group and a 2-month follow-up period. The target group of this study includes all male addicts who are involved in the material 16 of Gilan province, 45 people It was estimated and selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. Group intervention based on acceptance and commitment therapy (Peterson, Eifert, Feingold & Davidson, 2012) and schema therapy (Young, Klosko & Weishaar, 2003) were performed in 8 1-hour sessions in the experimental group. The research instruments included Scherer and Maddox (1982) self-efficacy questionnaires and Miller and Tunigan (1996) Readiness for Change and Enthusiasm Questionnaire. Data analysis was performed using mixed analysis of variance.

Results: The results showed that acceptance and commitment therapy and schema therapy had a highly significant effect on increasing self-efficacy with two-month follow-up ($P < 0.001$). Also, acceptance and commitment therapy and schema therapy on the Craving to change with Two-month follow-up ($P < 0.001$) had a highly significant effect, but there was no significant difference between the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in patients undergoing treatment.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy, and schema therapy increased self-efficacy and the craving for change in addicts, and were able to move forward the addicted individuals from the stage of determination and readiness to the stage of action and retention.

Received: 26 Jun 2021

Accepted: 24 Jul 2021

Available: 22 Dec 2021

* **Corresponding Author:** Mina Mojtabaie, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: mojtabaie_mina@yahoo.com

Tel: (+98) 9124093679

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Today, the problem of drug abuse has become so acute that it is considered as one of the four major crises of the present age, along with the nuclear threat, environmental pollution and poverty. According to semi-official statistics, this anomaly, in the most optimistic case, has made 12.1% of the total population of Iran dependent or abusive of drugs. Since the human race began abusing drugs, many efforts have been made to prevent and treat addiction. Has been done (Hajipoor, Bayazi & Nejat, 2020). Some addicts seek treatment, which they call self-introduced addicts, and others avoid treatment, which are called addicts. Article 1 of the Anti-Narcotics Law provides for compulsory treatment for drug addicts. People who do not volunteer for treatment and in that case are subject to Article 16 of the law, i.e., the judge must oblige him to act for his treatment and he is recognized as a perpetrator and is referred to Article 16 centers or compulsory treatment (Pournaghash Tehrani, Malekahmad & Lavasani, 2021).

On the other hand, Marlatt (1996) mentions low self-efficacy in examining the etiology of substance abuse and relapse of forced behaviors. Self-efficacy is one of the important concepts in Bandura cognitive-social theory and means confidence, belief and belief in one's abilities to control one's thoughts, feelings, activities and effective performance in stressful situations. In this regard, Nikmanesh, Baluchi, Pirasteh Motlagh (2017) in their research have concluded that self-efficacy is an important factor in the return of people to drug use and this issue is significant in the process of treatment of addicts and the temptation to reuse drugs.

Readiness and willingness to quit addiction is another very important aspect of addiction. Among these, the motivation to quit is substance as an important part of the phenomenon of addiction, which consists of two components: the intensity of a person's desire to quit and the component of why and nature of motivation (Curry, Grothaus & McBride, 1997). According to the exchange model the motivation for changing addictive behaviors consists of five stages: pre-thinking, thinking, preparing, acting, and

maintaining, each with its own unique cognitive and behavioral elements. The theoretical exchange model includes a cognitive-behavioral cycle that begins with not having a plan to quit (pre-thinking) and continues until the maintenance of addiction-quitting behaviors (maintenance) (Abiola, Udofia, Sheikh & Sanni, 2015). One of the leading interventions in addiction treatment and relapse prevention in recent years is psychological modeling, including schema therapy training and acceptance and commitment-based therapy that helps the patient to acquire the necessary skills to manage risky situations and treatment. Focuses on associated psychological disorders (Miller, Wilbourne & Hettrema, 2003).

Considering the theoretical foundations of the research and the role of schema therapy and psychotherapy based on acceptance and commitment as key factors in relation to prevention and treatment of substance abuse and research gaps in this field, using the results of this research to increase self-efficacy and craving for change. It is one of the important necessities of this study and in the present study, the researcher aims to compare the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and schema therapy on increasing self-efficacy and craving for change in addicts.

Method

Based on the designed objectives, this study was an applied research and in terms of method, quasi-experimental and using a pre-test post-test design and a control group with a follow-up period. The study population included all male addicts in the Article 16 target group in Gilan province, Rasht city, whose number was 1000 people. Of these, 45 used the Cohen table with an effect size of 89%. And test power 84%. It has been estimated were selected using available sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups.

In order to collect data, self-efficacy questionnaires and stages of readiness for change and enthusiasm for addiction treatment were used. Self-efficacy and willingness to change questionnaires were administered to all three groups, then the two experimental groups underwent 8 one-hour sessions of treatment based on acceptance and commitment and group schema therapy, but the control group did

not receive any treatment and after the interventions, the participants in all three groups answered the questionnaires of self-efficacy and desire for change (post-test). Finally, after two months, participants in the study were asked about self-efficacy and desire to change.

Self-efficacy questionnaires and stages of readiness for change and eagerness to treat addiction were provided to the sample group and they were assured that their information would be kept confidential and collected only for research work and it was emphasized that they answer the questions honestly. Finally, after collecting the questionnaires, the data were analyzed by SPSS software version 22. Mixed

analysis of variance was used to test the research hypothesis.

Results

In this study, 45 addicts (30 in the acceptance and commitment-based treatment experimental groups and 15 in the control group) were studied. Also, the mean and standard deviation of the age of patients in the study age group was 18 to 30 years, with the highest percentage, 66.9%, being in the age group of 23 to 26 years, of which 21 were single and 9 were married. In Table 1, the mean and standard deviation of research variables in pre-test, post-test and follow-up and separately for experimental and control groups are reported.

Table 1. Mean and standard deviation of subjects' scores in research variables

| Variable | Groups | ACT | | ST | | Control | |
|--------------------|-----------|-------|------|-------|------|---------|------|
| | | M | SD | M | SD | M | SD |
| Self-Efficacy | Pre-test | 52.20 | 5.04 | 51.80 | 4.34 | 52.33 | 4.13 |
| | Post-test | 58.60 | 3.60 | 58.93 | 4.01 | 55.40 | 3.39 |
| Craving for change | Pre-test | 21.86 | 2.50 | 26.04 | 2.47 | 26.20 | 2.33 |
| | Post-test | 32.06 | 2.65 | 35.53 | 2.41 | 26.73 | 3.17 |

Conclusion

The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. The results of the present study showed that treatment based on acceptance and commitment and schema therapy have been effective on self-efficacy and desire for change in addicts. But there is no difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on self-efficacy and the desire for change in addicts.

Given that in schema therapy, patients' deep problems are defined more precisely and the traces of schemas are followed by emphasizing the interpersonal relationships of the individual and patients realize the roots of their dysfunctional coping behaviors, there is a lot of motivation. They find to get rid of their problems. Schemas of entitlement, inadequate restraint, self-sacrifice, acceptance and obedience have been identified as the main schemas of re-use and during treatment sessions as well as the desire to get rid of his problems, the person puts a lot of effort and as a result less temptation and will report a desire

for further change. Schema therapy also helps addicts to adopt healthier strategies other than substance use to counteract internal stimuli and encourages change in individuals (Karekla & Savvides, 2021).

Schema therapy seems to help a person become aware of and accept emotions, and therapy based on acceptance and commitment results in a judgmental and balanced sense of awareness. Therefore, it can be said that performing therapy exercises based on acceptance and commitment and schema therapy causes the person to be aware of his emotions and accept emotions, and as a result, increases self-efficacy and desire for change in people. Therefore, it can be said that both therapeutic approaches in their own way have sustained their effects on self-efficacy and desire for change, and there is no difference between them in terms of sustainability (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2013). One of the limitations of this study is the limited number of addicted people in Gilan province, Rasht city, which makes the generalization of the findings with caution. Also, the present study has several theoretical and practical implications. Due to the fact that in the present study, gender differences have not

been studied, it is suggested that in future research, the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy (male and female) be compared. It can also be considered to inform patients, psychologists and counselors and patients' families about the effectiveness of these interventions and to develop programs to familiarize patients, psychologists and counselors and families with these interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research is taken from the dissertation of the first author in the Islamic Azad University of Roodehen. It should be noted that in this research, the researcher, after obtaining approval from the ethics

committee, IR.GUMS.REC.1400.083 conducted the research process.

Funding: This study was conducted without the financial support of any public or private institution or organization.

Authors' contribution: The first author is responsible for obtaining licenses, implementing protocols and questionnaires; The second author was responsible for writing the Persian and English abstracts, the introduction and the background of the research, and the third author was responsible for writing the conclusions, sources and formatting.

Conflict of interest: This research has not had any conflict of interest for the authors.

Acknowledgments: The authors would like to thank all the people who participated in this study.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر

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

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.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: بررسی‌های صورت گرفته نشان داده است خودکارآمدی پایین و باور ضعیف نسبت به توانایی در شرایط تنش آور از علل سوء مصرف مواد و بازگشت رفتارهای اعتیادی است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه معتادان مرد متجاهر گروه هدف ماده ۱۶ استان گیلان بودند ۴۵ نفر که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۱۲) و طرحواره درمانی (بانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳) در ۸ جلسه ۱ ساعته در گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه‌های خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) و مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد میلر و تونینگان (۱۹۹۶) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی با پیگیری دو ماهه ($P < ۰/۰۰۱$) تأثیر معناداری داشت، همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر اشتیاق به تغییر با پیگیری دو ماهه ($P < ۰/۰۰۱$) تأثیر معناداری داشت، اما بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد متجاهر در درمان ماده ۱۶ تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی منجر به افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در فرد معتاد گردید و توانست فرد وابسته به مصرف مواد مخدر را از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برساند.

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، خودکارآمدی، اشتیاق به تغییر، معتاد متجاهر

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۵/۰۲

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱

* نویسنده مسئول: مینا مجتبائی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

رایانامه: mojtabaie_mina@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۴۰۹۳۶۷۹

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 (باومن، ۲۰۱۶). این ناهنجاری طبق آمار نیمه رسمی، در خوشبینانه‌ترین حالت ۱۲/۱ درصد از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوء مصرف کننده 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 (حاجی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). 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 (پیپیر و همکاران، ۲۰۱۶). 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 (هاروپ، کاتالانو، ۲۰۱۶؛ ترمینو همکاران، ۲۰۱۶). بعضی از معتادین خواستار درمان هستند که به آنها معتادین خودمعرف می‌گویند و بعضی دیگر از درمان فرار می‌کنند که معتادین متجاهر نام‌گذاری شده‌اند. ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر، درمان اجباری را برای معتادین متجاهر صادر کرده است. افرادی که برای درمان داوطلب نمی‌شوند و در آن صورت مشمول ماده ۱۶ قانون می‌گردند، یعنی قاضی او را باید ملزم کند که برای درمان خود اقدام کند و متجاهر شناخته می‌شود و فرد را به مراکز ماده ۱۶ یا درمان اجباری ارجاع می‌دهند. نرخ شیوع در جمعیت فعال در کشور ما ۵/۴ درصد است که از این تعداد میزان ۲/۱ درصد را دانش آموزان و ۴/۷ درصد را دانشجویان تشکیل می‌دهند که درگیر اعتیاد شده‌اند (پورنقاش‌تهرانی، ملک‌احمد و غلامعلی لواسانی، ۱۴۰۰). از سوی دیگر، مارلات (۱۹۹۶) در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و بازگشت رفتارهای اجباری، خودکارآمدی پایین را ذکر می‌کند. خودکارآمدی یکی از مفاهیم مهم در نظریه شناختی - اجتماعی بندروا می‌باشد و به معنای اطمینان، اعتقاد و باور فرد نسبت به

توانایی‌های خویش در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و عملکرد مؤثر او در شرایط استرس‌زاست. در همین راستا نیک‌منش، بلوچی، پیرسته مطلق (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که خودکارآمدی عامل مهمی در بازگشت دوباره افراد به مصرف مواد می‌باشد و این موضوع در فرایند درمان معتادین و وسوسه استفاده مجدد مواد قابل توجه است. همچنین کاراتای و باس (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که خودکارآمدی نقش مهمی در جلوگیری از گرایش به اعتیاد دارد. آمادگی و تمایل به ترک اعتیاد یکی دیگر از جنبه‌های بسیار مهم پدید اعتیاد است. در این بین انگیزه ترک مصرف، مواد به عنوان بخشی مهم از پدیده اعتیاد متشکل از دو مؤلفه شدت تمایل فرد برای ترک مواد و مؤلفه چرایی و طبیعت انگیزه است (کری، گروتاس و مک براید، ۱۹۹۷). بر اساس مدل تبادل نظری (پروچاسکا، دی کامنت و نورمکراس، ۱۹۹۲)، انگیزه تغییر رفتارهای اعتیادی متشکل از ۵ مرحله پیش تفکر^۱، تفکر^۲، آماده‌سازی^۳، عمل^۴ و نگهداری^۵ است که هر یک از عناصر شناختی و رفتاری منحصر به فرد خودشان را دارند. مدل تبادل نظری شامل یک چرخه شناختی رفتاری است که از نداشتن برنامه‌ای برای ترک (پیش تفکر) آغاز شده و تا نگهداری رفتارهای ترک اعتیاد (نگهداری) ادامه می‌یابد (آبیولا، یودوفیا، شیخ و سانی، ۲۰۱۵). یکی از الگوهای مداخله‌های برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگودهی روانشناختی از جمله آموزش‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه تمرکز دارد (میلر، ویلبرن، هتما، ۲۰۰۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از یک مکتب روانشناسی بالینی است که به ارائه روش‌های درمانگری علمی می‌پردازد. این مدل روان درمانگری جدید بخشی از آن چه امروز به موج سوم درمان نامیده می‌شود به حساب می‌آید. این درمان اجتناب از درد و تنیدگی را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط

1. pre-contemplation
2. contemplation
3. preparation

4. action

5. maintenance

و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیشتر از آن اجتناب شده است. ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد (هیز، لوین، پلومب، ویلاداگا، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳).

از جمله درمان‌هایی که جنبه‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طرحواره درمانی می‌باشد، طرحواره درمانی روشی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) پایه گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با به کارگیری مبانی و راهبردهای درمان شناختی- رفتاری (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء، ساختارگرایی و روان تحلیلی 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 (یانگ، کلسکو، ویشار، ۲۰۰۳). رویکرد طرحواره محور، وابستگی به مواد فعال را به عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند و فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عوامل مهم در افزایش عود مجدد وابستگی به مواد در میان افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی می‌داند. این رویکرد فرض می‌کند که استفاده از مواد مخدر می‌تواند رفتاری ناشی از ابراز مستقیم فعالیت طرحواره‌های استحقاق و خویش‌داری ناکافی یا فعالیت طرحواره‌های ایثار، پذیرش‌جویی و اطاعت باشد (سیمالای و فابی و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا، شوری، اندرسون و استوارت (۲۰۱۲)، تاپیا و همکاران (۲۰۱۸)، بال، مک کارلی، لاپاگلیا و اوسترووسکی (۲۰۱۱) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مؤثری از جمله طرحواره درمانی و شناخت درمانی به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد کمک می‌کند. در پژوهشی دیگر، ارجمند قجور و اقبالی (۱۳۹۷) نشان داد که طرحواره درمانی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت آمفتامین مؤثر است. همت و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مؤثری توانست وسواس فکری عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد و این تأثیرات در یک دوره پیگیری سه ماهه با ثبات باقی ماند. ارجمند، محمود، خانجانی (۲۰۲۰) نشان دادند

که درمان پذیرش و تعهد در کاهش میل و ولع مصرف در بیماران معتاد به مت آمفتامین مؤثر است. کاریکلا، ساویدز (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در ترک سیگار در دانشجویان مؤثر بوده است. هرترز و ایوانز (۲۰۲۱) نشان دادند که طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن با سابقه تروما در دوران کودکی مؤثر بوده است. اورکی (۲۰۱۹) نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند افسردگی و میزان عود در مردان وابسته به هروئین را نسبت به گروه کنترل بطور معنی‌داری کاهش دهد. وولف کینگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان ACT برای بیماران سوء مصرف الکل مؤثر بوده است. نیک پور و خلعتبری، رضایی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه مؤثر بوده و تفاوت معناداری بین دو روش درمانی وجود نداشته است. 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؛ اما نتایج بدست آمده تفاوتی را در میان این دو درمان نشان نداد (روزبهی، رضایی، علیپور، ۱۳۹۷؛ ارجمند قجور، اقبالی، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی نسل جدیدی از درمان‌های شناختی رفتاری محسوب می‌شود که انعطاف‌پذیری روانشناختی را در افراد افزایش می‌دهد. علیرغم اهمیت این نوع درمان در بهبود بسیاری از مراجعین به خصوص در حیطه مشکلات فردی خانوادگی و آسیب‌های اجتماعی، در کشور ما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اثربخشی آن در معتادان صورت گرفته است. با توجه به مبانی نظری پژوهش و نقش طرحواره درمانی و روان درمانی 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 افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: بر اساس اهداف طراحی شده، این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، شبه‌آزمایشی و

با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه معناتان مرد متجاهر گروه هدف ماده ۱۶ در استان گیلان شهرستان رشت که تعداد آنها ۱۰۰۰ نفر بود. از این بین ۴۵ نفر که با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۸۹ و توان آزمون ۰/۸۴ برآورد شده است با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارتند بودند از: مصرف غالب و همزمان هروئین و شیشه، مدت اقامت سه ماه، تحت هیچ درمان مداخله روانشناختی قرار نگرفته باشد و تحت درمان MMT باشند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن اختلالات سایکوتیک، کمتر از ۳ ماه اقامت در مرکز داشته باشد. برای هر سه گروه پرسشنامه‌های خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر اجرا شد، سپس دو گروه آزمایش به ترتیب تحت ۸ جلسه یک ساعته درمان به شیوه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکرد و پس از مداخلات شرکت‌کنندگان هر سه گروه به پرسشنامه‌های خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر پاسخ دادند (پس‌آزمون). در نهایت پس از گذشت دو ماه، از شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسشنامه‌های خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر گرفته شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی: این مقیاس در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شد و دارای ۱۷ سؤال است. جواب‌های این پرسشنامه در یک طیف ۵ گزینشی قرار دارد و از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. آیت‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳، ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. وودروف و کاشمن (۱۹۹۳) روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۸۳ است. و برای مطالعه روایی ملاکی، همبستگی آن با (مکان کنترل درونی راتر) برابر با $r = 0/342$ بدست آمده که در سطح $P = 0/01$ معنادار است. پایایی پرسشنامه در پژوهش براتی بختیاری (۱۳۷۵) به میزان ۰/۷۹ و همچنین در پژوهش ملک شاهی و همکاران ۰/۷۳ به دست آمده است (علاقه‌بند و وزیری، ۱۳۹۸).

پرسشنامه مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط میلر و تونینگان ساخته شد. امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتادین به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می‌شود. این مقیاس دارای نسخه‌های مختلفی است که از جمله می‌توان به پرسشنامه فردی مصرف مواد / الکل (پرسشنامه حاضر)، که دارای ۱۹ عبارت است، پرسشنامه ۳۲ عبارتی مواد / الکل مربوط به شریک زندگی مردان، پرسشنامه ۳۲ عبارتی مواد / الکل مربوط به شریک زندگی زنان، پرسشنامه ۳۲ عبارتی الکل مربوط به شریک زندگی مردان و پرسشنامه ۳۲ عبارتی الکل مربوط به شریک زندگی زنان اشاره کرد. این مقیاس برای درمان دارای ۳ زیرمقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و اقدامات به عمل آمده است. زیرمقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی شرکت‌کننده نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. زیرمقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و زیرمقیاس اقدامات انجام شده در برگیرنده فعالیت‌هایی است که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تأیید می‌باشد (میلر و تونینگان، ۱۹۹۶). مبنای گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسته گروه درمانی (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۱۲) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین، مبنای گروه درمانی طرحواره درمانی بسته گروه درمانی (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

پرسشنامه‌های خودکارآمدی و مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد در اختیار افراد گروه نمونه قرار گرفت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و تنها فقط جهت کار پژوهشی جمع‌آوری می‌شود و تأکید شد که صادقانه به سؤالات پاسخ دهند. لازم به ذکر است در این پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق، IR.GUMS..REC.1400.083 فرآیند تحقیق را انجام داد. در

1. Scale stage of readiness for change and the desire to treat addiction

نهایت، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه 22 تحلیل شدند. برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۱۲)

| جلسه | اهداف | محتوا و تکالیف |
|-------|--|--|
| اول | آشنایی و معارفه | پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش-آزمون. مصاحبه فردی، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف. |
| دوم | ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه ای بی-اثر | شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده افکار بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه افکار موجود با افکار سالم بحث و گفتگو شد. |
| سوم | تمرکز حواس و پذیرش و همجوشی شناختی | معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات. تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین. |
| چهارم | مشاهده افکار و انتخاب جهت ارزش‌ها | توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه. کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر میخواهم. |
| پنجم | شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود | بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس. |
| ششم | ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه خود به عنوان زمینه در این رابطه و پذیرش و اقدام متعهد | معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرد عمل متعهد. |
| هفتم | خود به عنوان زمینه در این رابطه و پذیرش و اقدام متعهد | طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به عنوان زمینه رابطه، کاربرد اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج. بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد، کاربرد اقدام متعهد. |
| هشتم | کار در جهت پایان | بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، و اجرای پس‌آزمون |

جدول ۲. پروتکل جلسات طرحواره درمانی (یاتک، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳)

| جلسه | اهداف | محتوا و تکالیف |
|-------|-------------------------------------|--|
| اول | ارزیابی و جهت‌گیری درمان | اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود. سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی. |
| دوم | آشنایی با مفاهیم طرحواره درمان (۱) | شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. |
| سوم | آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۲) | تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود. |
| چهارم | سنجش و آموزش طرحواره‌ها | مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. |
| پنجم | شروع فرآیند تغییر طرحواره‌ها | برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. |
| ششم | فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۱) | تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد. |
| هفتم | فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۲) | رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. |
| هشتم | جمع‌بندی و مرور | مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. اجرای پس‌آزمون‌ها و ختم جلسات. |

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۴۵ نفر معنادار متجاهر (۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران شرکت گروه

سنی افراد مورد مطالعه ۱۸ تا ۳۰ سال بود که بیشترین درصد یعنی ۶۶/۹ درصد افراد را گروه سنی ۲۳ تا ۲۶ سال که ۲۱ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل بوده‌اند. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

| متغیر | آزمون | گروه | | | |
|-----------------|-----------|--------------|------------------|----------------|------------------|
| | | تعهد و پذیرش | | طرحواره درمانی | |
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| خودکارآمدی | پیش‌آزمون | ۵۲/۲۰ | ۵/۰۴ | ۵۱/۸۰ | ۴/۳۴ |
| | پس‌آزمون | ۵۸/۶۰ | ۳/۶۰ | ۵۸/۹۳ | ۴/۰۱ |
| اشتیاق به تغییر | پیش‌آزمون | ۲۱/۸۶ | ۲/۵۰ | ۲۶/۰۴ | ۲/۴۷ |
| | پس‌آزمون | ۳۲/۰۶ | ۲/۶۵ | ۳۵/۵۳ | ۲/۴۱ |

جدول ۴. نمرات افراد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوره پیگیری ۲ ماهه در متغیرهای پژوهش

| گروه | متغیر | شاخص آماری | ماه اول | ماه دوم |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------|---------|
| مبتنی بر پذیرش و تعهد | خودکارآمدی | میانگین | ۵۶/۸۳ | ۵۵/۲۰ |
| | | انحراف استاندارد | ۳/۱۲ | ۲/۹۰ |
| | اشتیاق به تغییر | میانگین | ۲۹/۳۳ | ۲۶ |
| | | انحراف استاندارد | ۲/۱۶ | ۲/۴۷ |
| طرحواره درمانی | خودکارآمدی | میانگین | ۵۶/۸۳ | ۵۵/۸۳ |
| | | انحراف استاندارد | ۴/۱۱ | ۴/۰۹ |
| | اشتیاق به تغییر | میانگین | ۳۳/۶ | ۳۱/۹۳ |
| | | انحراف استاندارد | ۳/۴۱ | ۳/۲۳ |

برای تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی برای همه متغیرهای پژوهش برقرار بود ($P > 0/05$). سپس جهت بررسی فرضیه پژوهش، ابتدا اثربخشی متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر شهر رشت مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج گروه‌بندی جدول فوق بیانگر آن است که (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در معنادان مرد متجهر تأثیر معنادار داشته است. نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۷ نشان می‌دهد که در نمرات آزمودنی‌ها در دوره دو ماهه در متغیرهای خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد.

به منظور بررسی فرضیه ی «بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجهر تفاوت وجود دارد» از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل واریانس مختلط کلیه مفروضات اعم آن مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور آزمون کالموگروف - اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد و نتایج نشان داد داده‌های پژوهش نرمال است. همچنین، آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود ($F = 0/733$ ، $P = 0/796$) و نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته برای سطوح مختلف متغیر مستقل برابر هستند ($P > 0/05$). همچنین، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود و نشان داد که همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است ($P > 0/05$). همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یک‌نواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از $0/05$ باشد، به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر

جدول ۵. آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| خودکارآمدی | ۸۶/۹۷۸ | ۲ | ۴۳/۴۸ | ۴۹/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸۱ |
| اشتیاق به تغییر | ۲۷۶/۹۳ | ۲ | ۱۳۸/۴۶ | ۸۱/۲۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۳ |

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس مکرر در متغیرهای مورد مطالعه در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| خودکارآمدی | ۸۶/۷۰ | ۱ | ۸۶/۷۰ | ۷۶/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴۶ |
| اشتیاق به تغییر | ۲۷۶/۰۳ | ۱ | ۲۷۶/۰۳ | ۱۲۶/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۱ |

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی مقایسه زوجی میانگین نمرات افراد در متغیرهای پژوهشی در دوره دو ماهه در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| گروه | متغیر | دوره | تفاوت میانگین | انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------------|-----------------|-------------------|---------------|------------------|--------------|
| مبتنی بر پذیرش و تعهد | خودکارآمدی | ماه اول - ماه دوم | ۱/۵۳۳ | ۰/۲۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| | اشتیاق به تغییر | ماه اول - ماه دوم | ۳/۳۳۳ | ۰/۴۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| طرحواره درمانی | خودکارآمدی | ماه اول - ماه دوم | ۱ | ۰/۳۵۲ | ۰/۰۳۹ |
| | اشتیاق به تغییر | ماه اول - ماه دوم | ۱/۶۶۷ | ۰/۴۵۴ | ۰/۰۰۸ |

همان گونه که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در معنادان متجاهر معنادار بوده و درمان‌ها باعث افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در معنادان مرد متجاهر شده است. اما بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معناد متجاهر تفاوت وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معناد متجاهر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معناد متجاهر مؤثر بوده است. اما بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معناد متجاهر تفاوت وجود ندارد.

در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی افراد معناد متجاهر این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (حجازی، حسینی

نژاد، ۱۳۹۴؛ نیک‌پور و همکاران، ۱۴۰۰) همسو می‌باشد. در یک جمع بندی می‌توان چنین گفت که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند پرهیز از مواد دارند، ممکن است در مرحله پیش تأملی یا ناآگاهی (از مراحل تغییر در معتادان) گیر کنند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند (شباهنگ، باقری شیخانگش و موسوی، ۱۳۹۸). برای اینکه فرد وابسته به مصرف مواد از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع می‌باشد. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. مشاوره پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد (هیز و استروسال، ۲۰۰۵). با توجه به ویژگی‌های خاص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده شده در این درمان، به نظر قابل توجیه است

که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی در افراد معتاد متجاهر شود.

در زمینه‌ی اثربخشی درمان ACT بر اشتیاق به تغییر افراد معتاد متجاهر، با نتایج پژوهش‌های پیشین (حاجی پور، بیاضی و نجات، ۱۳۹۹؛ همت و همکاران، ۱۳۹۷؛ کاریکلا، ساویدز، ۲۰۲۱) همسو است. در پژوهش پورنقاش‌تهرانی و همکاران (۱۴۰۰) یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فسفیکلیدین و کتامین می‌شود. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (ACT) از طریق افزایش آگاهی از احساسات، افکار و هیجانات همراه با اشتیاق به تغییر، پذیرش و عدم پاسخ به محرک‌های همراه و سوسه، مواجهه مکرر با محرک راه‌انداز در طول جلساتی که شرکت‌کنندگان 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، اشتیاق به تغییر به عنوان یک پدیده عاطفی و شناختی نگریسته می‌شود (هیز، لیوما، بوند، ۲۰۰۶). در این پژوهش نیز، شرکت‌کنندگان آموختند که وسوسه را به عنوان یک فکر یا احساس بپذیرند و تلاش و تقلایی برای اجتناب از آن یا سرکوب آن انجام ندهند. شرکت‌کنندگان مواجهه با محرک‌های راه‌انداز و عدم واکنش به آنها را تمرین کردند. 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 و اشتیاق به تغییر در خود شود. در زمینه‌ی اثربخشی درمان طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی افراد معتاد متجاهر با نتایج پژوهش‌های پیشین (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۶، نیک پور و همکاران، ۱۴۰۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت طرحواره درمانی برای درمان ریشه‌های بنیادی بیماری مطرح شد است تا مشکلات مزمن و سخت خود را بفهمند و آنها را در یک روش قابل درک سازماندهی کنند. طرحواره درمانی با تأکید خاص بر روابط بین فردی بیمار

از اوایل کودکی تا کنون را ردیابی می‌کند. با استفاد از این مدل فرد معتاد و درمانگر با هم متحد می‌شوند تا با طرحواره‌ها با استفاد از راهبرهای شناختی رفتاری و بین فردی مبارزه کنند. زمانی که فرد معتاد الگوهای مختل مبتنی بر طرحواره‌هایش را بازگو می‌کند درمانگر با علل تغییر آشنا می‌شود. این درمان به معنای کمک می‌کند تا آمایه‌های کهنه شناخت‌ها و طرحواره‌های مقاوم خود را شناسایی نمود و با به چالش کشیدن آنها مقاومت خود را در مقابل استرس‌زها افزایش داده عزت‌نفس بالاتر و خودکارآمدی بیشتری احساس نماید. با توجه به تأثیر زودگذر طرحواره درمانی بر این سازه می‌بایست بر سایر عوامل مؤثر بر خودکارآمدی تأکید کرد. به نظر می‌رسد علاوه بر طرحواره‌های مخرب عوامل محیطی تأثیرات عمیقی بر خودکارآمدی معتادین دارد. علاوه بر اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد انجام به موقع تمرینات نیز می‌تواند به ماندگاری درمان بر خودکارآمدی افراد کمک نماید.

در زمینه‌ی اثربخشی طرحواره درمانی بر اشتیاق به تغییر افراد معتاد متجاهر مؤثر بوده با نتایج پژوهش‌های پیشین (حاجی پور، بیاضی و نجات، ۱۳۹۹، ارجمند قجور و اقبالی، ۱۳۹۷، اورکی، ۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت که تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه معتادان فراهم کرده است. راهبردهای شناختی به بیماران کمک می‌کنند تا دیدگاهشان را تغییر دهند، زیرا آنها معتقدند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان 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 می‌دهند (نخعی شامحمود، عرب و فرنام، ۱۳۹۸). 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 فرد دنبال می‌شود و بیماران به ریشه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد خود پی می‌برند، انگیزه زیادی برای رها شدن از مشکلات خود پیدا می‌کنند. طرحواره‌های استحقاق، خویشنداری ناکافی، ایثار، پذیرش‌جویی و

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) به شیوه خاص خود باعث پایداری اثرات خود بر روی متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر) و شده اند و تفاوتی بین آنها به لحاظ پایداری وجود ندارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه معتاد متجاهر استان گیلان شهرستان رشت اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. همچنین، پژوهش حاضر تلویحات نظری و کاربردی متعددی را به دنبال دارد. با توجه به آنکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی (زن و مرد) پرداخته شود. همچنین آگاهی بخشی به بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده‌های بیماران در مورد کارآیی این مداخلات و تدوین برنامه‌هایی جهت آشنایی بیشتر بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده‌ها با این مداخلات را می‌توان مد نظر قرار داد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی نویسنده نخست در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. لازم به ذکر است در این پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق، IR.GUMS..REC.1400.083 فرآیند پژوهش را انجام داد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست، مسئولیت دریافت مجوز، اجرای پروتکل و پرسشنامه‌ها را بر عهده داشته است؛ نویسنده دوم مسئولیت نگارش چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه و پیشینه پژوهش را بر عهده داشته است، همچنین نویسنده سوم مسئولیت نگارش نتیجه‌گیری، منابع و فرمت‌بندی را بر عهده داشته است.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع نداشته است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دارند از تمامی افرادی که در این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

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 و اشتیاق به تغییر بیشتر را گزارش خواهد نمود. همچنین طرحواره درمانی به افراد معتاد کمک می‌کند تا به منظور مقابله با برانگیزاننده‌های درونی بر راهبردهای سالمتری غیر از مصرف مواد روی آورند و باعث اشتیاق به تغییر در افراد می‌شود.

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر بدست نیامد که با پژوهش‌های روزبهی و رضایی و علیپور و همکاران (۱۳۹۶)، ارجمند قجور و اقبالی (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. اما از دلایل عدم تفاوت معناداری می‌توان به این نکته اشاره کرد که هر کدام از متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی) با استفاده از راهبردهای منحصر به فرد خود اثرات پایداری بر روی متغیرهای خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر داشته است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قدرت انعطاف‌پذیری بیشتر بر پذیرش درونی درد و رنج بیمار می‌باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آنها را بپذیرد و 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 می‌افتد کمک می‌کند. پس می‌توان گفت انجام تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی باعث آگاهی فرد از هیجاناتش و پذیرش هیجانات می‌گردد و در نتیجه باعث افزایش خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد می‌شود. بنابراین می‌توان گفت هر دو رویکرد

References

- Abiola, T., Udofia, O., Sheikh, T. L., & Sanni, K. (2015). Assessing Change Readiness and Treatment Eagerness among Psychoactive Substance Users in Northern Nigeria. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 72-77. [Link]
- Ardjmand Ghujur, 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. *Rooyesh*, 7(1), 151-178. (Persian). [Link]
- Alaghband, SH., Vaziri., SH. (2019). Share of Pleasure seeking, positive affect, negative affect, and sense of self-efficacy in relapse to drug. *Rooyesh*, 8(2), 183-192. (Persian). [Link]
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 319. [Link]
- Curry, S. J., Grothaus, L., McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 727-739. [Link]
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25 (3), 387-410. [Link]
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 1534650120954275. [Link]
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*, 44(2), 180-198. [Link]
- Hemmat, A, Hemmat, J, Pirzeh, R, Dadashi, M. (2018). 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*, 26(117), 109-125. (Persian). [Link]
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, f. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and therapy*, 44, 1-25. [Link]
- Hajipoor, H., Bayazi, M., Nejat, H. (2020). 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*, 10(1), 39-55. (Persian). [Link]
- Oraki, M. (2019). The effectiveness of the schema therapy on depression and relapse in Heroin-dependent individuals. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, 2(1), 9-18. [Link]
- Karekla, M., & Savvides, S. N. (2021). Smoking cessation avatar-led Acceptance and Commitment Therapy digital intervention: feasibility and acceptability in young adults. *Translational behavioral medicine*, 11(1), 198-205. [Link]
- Karatay, G. & Bas, N. G. (2017). Effects of Role-Playing Scenarios on the Selfefficacy of Students in Resisting against Substance Addiction: A Pilot Study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 1-6. [Link]
- 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. [Link]
- Miller, W. R.; Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES), *Psychology of Addictive Behavior*, 10(2), 81-89. [Link]
- Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H., Pirasteh Motlagh, A. A. (2017). The Role of Self -Efficacy Beliefs and Social Support on Prediction of Addiction Relapse. *International Journal of High-Risk Behavior and Addiction*, 6(1), e21209. [Link]
- Nakhee Shamahmood, A A, Arab, A, Farnam, A. (2019). The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schema of traditional and industrial addicts under methadone treatment. *J of Psychological Science*, 18(82), 1191-201. (Persian). [Link]
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, O., Jomehri., F. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment-based therapy psychological well-being of divorced women. *J of Psychological Science*, 20(101), 741-751. (Persian). [Link]

- 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. [Link]
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., Davidson, S. (2012). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavior Practice*, 16, 430-442. dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology*, 74(4), 361-386. [Link]
- Pournaghash Tehrani, S., Malekahmad, M., Lavasani, M G. (2021). Assessment of cognitive emotional dementions of personality and compaparison of psychological of prfile of individual with methamphetamine induce psychosis with normal subjects. *J of Psychological Science*, 20(100), 533-536. (Persian). [Link]
- Roozbehi, M., Rezaie, 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. *RBS*, 15(3), 339-346. (Persian). [Link]
- Shabahang, R, Bagheri Sheykhangafshe., F, Mousavi, M. (2019). Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy on Addiction Potential and Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness. *Etiadpajohi*, 1 (52), 311-330. (Persian). [Link]
- Semlali Wafae, I., Tarik, G., Ahmed, A., Fatima-Zahrae, A., Khadija, K., & Khaoula, M. (2018). Measurement of early maladaptive schemas in heroin addicts treated with methadone in north of Morocco. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 8(3), 185-196. [Link]
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*, 47(1), 108-116. [Link]
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(2), 199-205. [Link]
- 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. [Link]
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press. 17. [Link]
- Young, J. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 123-218. [Link]
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. [Link]