



تأثیر طرحواره درمانی بر گرایش به مواد و تنظیم عواطف در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون*

تامارا میرآبی^۱

فریبا حسنی^۲

فاطمه گلشانی^۳

فرناز کشاورزی ارشدی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره درمانی بر گرایش به مواد و تنظیم عواطف در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل که از میان مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون مجتمع شهید ملت دو ست، ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل هر گروه (۱۵ نفر) قرار داده شدند. در ادامه ۵ نفر از پژوهش خارج شدند، ۴ نفر ریزش داشتند. در گروه طرح‌واره درمانی ۱۱ نفر، و گروه کنترل ۱۰ نفر باقی ماندند. افراد گروه آزمایش در معرض مداخله ۱۷ جلسه‌ای طرح‌واره درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه گرایش به مواد و عواطف مثبت و منفی استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس» و با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی در کاهش گرایش به مواد و تنظیم عواطف در پایان درمان و بعد از پیگیری دو ماهه مؤثر واقع شده است و از طرح‌واره درمانی به عنوان یک روش درمانی مؤثر همراه با متادون درمانی برای کاهش گرایش به مواد و تنظیم عواطف، می‌توان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: طرح‌واره درمانی، درمان نگهدارنده متادون، تنظیم عواطف، گرایش به مواد.

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

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. tara1089@gmail.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Fa_golshan@yahoo.com

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Far.keshavarzi@gmail.com

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد و اعتیاد^۱ مهم‌ترین دغدغه فکری و عمیق‌ترین رویداد اجتماعی است که پیامدهای شدید و عمیق جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به دنبال دارند. از جمله این پیامدها، کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، کاهش ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی و افزایش رفتارهای مجرمانه بوده است (مسلمان، حسینی و صادق پور، ۱۳۹۷). متخصصان درمان وابستگی به مواد بر این باورند که اعتیاد یک اختلال روانی، زیست‌شناختی، جسمی و اجتماعی است که بر این اساس، تنوعی از درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و مداخلات اجتماعی برای کنترل آن، تدوین شده است (پیری، حسینی، اسدی و شریعت نیا، ۱۳۹۸). مسئله‌ای با اهمیت این است که فرد وابسته به مواد بر اساس شرایط مناسب خود، به یک برنامه‌ی درمانی متناسب هدایت شود (راهبریان، محمدی، عباسی و سلیمانی، ۱۳۹۶).

برای دستیابی به این منظور، روش‌های درمانی جدید و مطالعات تجربی مرتبط با این روش‌های درمانی مورد نیاز است. از روش‌های درمانی مؤثر برای تنظیم تجارب شناختی، عاطفی-هیجانی و رفتاری در سوء مصرف کنندگان مواد، استفاده از طرحواره درمانی^۲ است (مانوئرا، روکس، ویل، پاسئیرتکس و امبایلارا^۳، ۲۰۲۰). طرحواره‌های ناسازگار^۴ اولیه که مضامینی فراگیر و پایدار درباره‌ی خود، دیگران و جهان تعریف شده‌اند، روش‌های شناختی و رفتاری مشاهده و تعامل با جهان است که بسیار انعطاف‌ناپذیر و در برابر تغییر مقاوم هستند (بانگ، کلووسکو و ویشار^۵، ۲۰۱۱؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۷). تصور شده است که سوء مصرف مواد، یکی از راهبردهای کنار آمدن است که فرد معتاد برای دوری از تأثیر منفی طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته شده به کار برده است (کرمی و جشن پور، ۱۳۹۶؛ فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷). در پژوهشی ارتباط مثبت معنی‌دار بالایی را بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات اعتیادی به دست آمده است (مارنگو، کلیبرت، لانگینریچسن - روهلینگ، وارن و اسمالی^۶، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که ارتباط تنگاتنگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با گرایش به مواد وجود دارد. در این روش درمان‌گران با استفاده از راهبرد های شناختی، عاطفی و رفتاری، بیماران مبتلا به اختلالات اعتیادی را با شیوه‌ای همدلانه و با تکنیک‌های خاص (تیم^۷ ۲۰۱۷)، با دلایل و ضرورت تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه روبرو کرده‌اند (ون‌دیک، ونسترا، بومن، پیکل، وندالن، عود وشار^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که طرحواره درمانی (فلینک، هونکالامپی، لهتو، لپنن، ویناماکا و لیندمن^۹، ۲۰۱۸)، توانسته است باعث کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه شود (گونگ و چان^{۱۰}، ۲۰۱۸). زمانی که

1. substance abuse and addiction

2. Schema Therapy

3. Munuera, Roux, Weil, Passerieux and M'Bailara

4. Early Maladaptive Schemas

5. Young, Klosko and Weishaar

6. Marengo, Klibert, Langhinrichsen-Rohling, Warren and Smalley

7. Thimm

8. Van Dijk, Veenstra, Bouman, Peekel, Veenstra, Vandalen and Oude Voshaar

9. Flink, Honkalampi, Lehto, Leppänen, Viinamäki and Lindeman,

10. Gong and Chan

معتادین، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای^۱ خودشان را درک کردند، توانستند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند (یانگ، ساندمن و کراسکه^۲، ۲۰۱۹)، این افزایش کنترل هشیارانه بر طرح‌واره‌ها با کم‌رنگ کردن خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی، شناخت‌واره‌ها و رفتارهای همراه با آن‌ها باعث شد (پاکین، گنکوز، استینبرگن و آرنتز^۳، ۲۰۱۹؛ فاستینو و واسکو^۴، ۲۰۱۹)، که این افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی در مواجهه با هیجان‌های منفی متوجه شوند، چه احساس‌هایی در آن‌ها برانگیخته شده و با به چالش کشیدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال شده، مشکلات موجود در تنظیم هیجان‌ها و عواطف و در راستای آن، گرایش به مواد^۵ را کاهش دهند (قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۷؛ یوسف‌زاده، طالبی و نشاط دوست، ۱۳۹۶). این پژوهش کارایی روش طرح‌واره درمانی را روی یکی از اختلالات همبود با اختلالات هیجانی یعنی سوء مصرف مواد، آزمون کرده است. طرح‌واره درمانی تأکید زیادی بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی دارد و الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتری را نسبت به درمان‌های شناختی- رفتاری فراهم آورده است. این درمان بر عوامل خاص تأکید کرده است. بنابراین، با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های خاص درمانی، به تعدیل و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد منجر شده و از تمایل افراد به سمت استفاده از راهبردهای ناسازگار شناختی ممانعت می‌کند. در عین حال می‌تواند به افزایش آگاهی هیجانی، تسهیل انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌ها، شناسایی و ممانعت از اجتناب رفتاری و هیجانی، مواجهه موقعیتی و درونی با سرنخ‌های هیجان در یک کلام تنظیم سازگارانه عواطف و هیجان‌ها، البته به شیوه طرح‌واره‌درمانی در تکنیک‌های تجربی منجر شود. در این راستا، در پژوهشی نشان داده شد که شناسایی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار، توانسته است نقش محوری در شروع، نگهداشت و بازگشت سوء مصرف مواد داشته باشند (سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن^۶، ۲۰۱۸) و توانسته است با به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و با جانشین کردن راهبردهای مدیریتی هیجانی سازگارانه در برخورد با مشکلات زندگی به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم عواطف کمک کند (رن، دی رابیس، آمتز، پیتر، لوبستیل، هیوبرز^۷، ۲۰۱۸). از این‌رو مد نظر است با اجرای این روش درمانی در یک برنامه جامع درمان سوء مصرف مواد که شامل متادون درمانی نیز بوده است، به این مسئله پی برده شود که آیا این درمان شیوه مؤثری در کاهش گرایش و میل به مصرف مواد و افزایش تنظیم سازگارانه عواطف در راستای کاهش گرایش به مواد است. بنابراین، سؤال اصلی این پژوهش این بود که آیا طرح‌واره درمانی بر کاهش گرایش به مواد و تنظیم عواطف در مردان تحت درمان با نگهدارنده با متادون مؤثر است؟

1. Coping Styles

2. Young, Sandman and Craske

3. Yakin, , Genco, Steenbergen and Arentz

4. Faustino and Vasco

5. Tendency to Drugs

6. Simons, Sistas, Simons and Hansen

7. Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters, Lobbestael and Huibers

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون^۱، همراه با پیگیری دو ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود که به مجتمع خدماتی-حمایتی شهید ملت دوست، وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، با گمارش تصادفی به طور مساوی در دو گروه، آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از انتخاب این دو گروه، اهداف درمانی به آن‌ها توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر و رضایت مراجعان شد. در این پژوهش ۵ نفر از آزمودنی‌ها از پژوهش خارج شدند و ۴ نفر نیز ریزش داشتند و بدین ترتیب، در گروه طرحواره درمانی ۱۱ نفر، و گروه کنترل ۱۰ نفر باقی ماندند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دریافت متادون با دوز ثابت، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم ابتلاء به بیماری‌های شدید جسمی و ایمنی، نداشتن اختلالات شدید روانپزشکی، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن سابقه اعتیاد، دو سال، دو ماه از درمان نگهدارنده متادون گذشته باشد، مصرف داروهای ضد افسردگی دارند، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی، نداشتن سابقه خودکشی، سابقه اعتیاد مواد افیونی، تعداد دفعات ترک، دفعه اول. ملاک‌های خروج از پژوهش: تغییر دوز متادون و داروهای دیگر مثل داروهای ضد افسردگی، در صورت مصرف حین اجرای مداخلات درمانی، مصرف مواد مخدر را به طور همزمان با درمان‌های روان‌شناختی یا عود، مصرف داروهای جایگزین مانند بوپرنورفین به جای متادون، غیبت بیش از دو جلسه. مداخلات درمانی در گروه آزمایشی مشتمل بر ۱۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و هفتگی توسط پژوهشگر اجرا شد. به منظور بررسی کارایی روش طرحواره درمانی از پروتکل^۲ طرح‌واره درمانی دووجهی^۳ (بال و یانگ^۴، ۲۰۰۰؛ نقل از ناصری، سهرابی، برجعلی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۴)، استفاده شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای مداخله طرح‌واره درمانی

جلسه	عنوان	اهداف
اول	شناسایی و تحلیل مشکلات جاری	توسعه روابط دوجانبه
دوم	تاریخچه زندگی و درک الگوهای تاریخی	کشف ارتباط بین مشکلات فعلی با گذشته
سوم	تعریف شخصیت و طرح‌واره‌ها	تقویت اتحاد درمانی از طریق گفتگوی متقابل پیرامون طرح‌واره‌ها
چهارم	طرح‌واره‌ها و باورهای بنیادین	آموزش در مورد طرح‌واره‌ها و باورهای بنیادین
پنجم	منشاء و ریشه اولیه طرح‌واره‌ها	بررسی منشاء و ریشه طرح‌واره‌ها
ششم	الگوهای مقابله‌ای	شناسایی و تغییر سبک‌های مقابله‌ای

1. pretest-posttest design

2. protocol

3. Dual Focus Schema Therapy Manual

4. Ball and Young

جلسه	عنوان	اهداف
هفتم	رفتارهای ناسازگارانه و ناکارآمد	ارتباط بین رفتارهای ناکارآمد و ناسازگار با سبک‌های مقابله‌ای
هشتم	مفهوم سازی مشکل بیمار برطبق رویکرد طرحواره محور	مروری بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای
نهم	شواهد طرح‌واره‌ها و جوانب مثبت و منفی سبک‌های مقابله‌ای	تحلیل مزایا و معایب طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای
دهم	ارائه راهبردهای شناختی	مقابله و جدال با طرح‌واره‌ها
یازدهم	کارت‌های آموزشی	نحوه استفاده از کارت‌های آموزشی
دوازدهم	ارائه تکنیک‌های تجربی	اجرا و آموزش تصویرسازی ذهنی
سیزدهم	ادامه تکنیک‌های تجربی	تصویرسازی ذهنی از طریق بازوالدینی
چهاردهم	نوشتن نامه	آموزش و اجرای تکنیک نوشتن نامه
پانزدهم	تغییر روابط	مرور طرح‌واره‌های اساسی در ارتباط با والدین
شانزدهم	ارائه تکنیک الگوشکنی رفتاری	ارائه مهارت‌های جدید و تغییرات رفتاری
هفدهم	خاتمه دادن و تغییر مداوم	شناخت شروع‌کننده‌ها در عود

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- **مقیاس گرایش به مواد^۱**: پرسشنامه را وید، بوچر، مک کنا و بن-پوراتی^۲ (۱۹۹۲) ساخته‌اند که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایران هنجاریابی و تدوین شده است (زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۹۰). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و ۵ ماده دروغ‌سنج است. برای محاسبه روایی این مقیاس از روایی ملاکی، پرسشنامه که دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده و روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی که علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده و معنادار بوده است. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهشی آلفای کرونباخ پرسشنامه گرایش به مواد ۰/۹۵ محاسبه شد (مسلمان و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین در پژوهشی دیگر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمده است (شیخ‌الاسلامی، قره‌درویشلو و بگلو، ۱۳۹۶). شیوه نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار به صورت کاملاً موافقم (۳)، تا حدی موافقم (۲)، تا حدی مخالفم (۱)، کاملاً مخالفم (۰) است. البته این شیوه نمره‌گذاری در سؤالات (۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳) معکوس بوده است. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیاز تک تک سؤالات (به غیر از سؤالات مقیاس دروغ‌سنج)، را با هم جمع کرد که دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را در برداشته است. نمرات بالاتر به منزله آمادگی یا گرایش بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در نظر گرفته شده است.

1. Addiction Potential Scale (APS)

2. Weed, Butcher, Mc Kenna and Ben-Porathy

۲- **مقیاس عاطفه مثبت و منفی**^۱: این مقیاس ۲۰ گزینه‌ای را واتسون^۲ و همکاران (۱۹۸۸)، ساخته و اعتباریابی کرده‌اند و دو زیر مقیاس عاطفه مثبت با ۱۰ گویه و عاطفه منفی با ۱۰ گویه را می‌سنجد. به هر گویه بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از اصلاً تا بسیار زیاد پاسخ می‌دهد و نمرات هر مقیاس آن در دامنه ۱۰ تا ۵۰ است. هم عاطفه منفی هم عاطفه مثبت از پایایی درونی مناسبی برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس عاطفه مثبت در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. از لحاظ روایی نیز همبستگی‌های میان این خرده مقیاس‌ها با برخی ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجد مانند اضطراب و افسردگی نیز بالا گزارش شده است. برای نمونه، همبستگی خرده مقیاس عاطفی یا سیاهه افسردگی بک، ۰/۵۸ و همبستگی خرده آزمون عاطفه مثبت با این پرسشنامه ۰/۳۶- و نیز همبستگی خرده آزمون عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار- نهان، ۰/۵۱، و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت، ۰/۸۲ و برای عاطفه منفی، ۰/۷۷ است (ریاضی، ابراهیمیان، نقش و موسوی امیرآبادی، ۱۳۹۷).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی درباره گرایش به مواد در گروه کنترل و گروه طرح‌واره‌درمانی به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه کنترل در گرایش به مواد

حجم نمونه (n)	انحراف معیار (SD)	میانگین (M)		
۱۰	۳/۵۸۴	۵۵/۲۰	کنترل	پیش‌آزمون
۱۱	۱۲/۵۹۷	۶۳/۹۱	طرح‌واره درمانی	
۲۱	۱۰/۲۴۶	۵۹/۷۶	کل	
۱۰	۷/۶۷۵	۵۳/۳۰	کنترل	پس‌آزمون
۱۱	۹/۲۸۲	۴۵/۱۸	طرح‌واره درمانی	
۲۱	۹/۳۱۹	۴۹/۰۵	کل	
۱۰	۵/۹۰۷	۵۳/۱۸	کنترل	پیگیری
۱۱	۶/۹۴۷	۴۴/۳۶	طرح‌واره درمانی	
۲۱	۷/۷۵۶	۴۸/۵۶	کل	

۱. Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)

۲. watson

با توجه به طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی که (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است) از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. این روش آماری برای طرح‌هایی کاربرد دارد که در آن‌ها یک واحد آزمایشی در معرض بیش از یک متغیر آزمایشی قرار می‌گیرند. در اینجا هر گروه (کنترل، طرحواره درمانی)، چندبار اندازه‌گیری شده است (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). مفروضه اول نرمال بودن توزیع نمرات است که از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک، استفاده شد. نتایج نشان داد که در سطح معناداری ($P > 0.05$) داده‌ها جمع‌آوری شده و پیش‌فرض طبیعی بودن داده‌ها رعایت شده است. مفروضه دوم همگنی واریانس‌ها توسط آزمون معناداری لوین محاسبه شد، نتایج نشان داد در متغیر گرایش به مواد در پیش‌آزمون ($P = 0.018$) و $F = 6.757$ ، از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی کرده‌ایم. در پس‌آزمون با مقدار ($F = 0.374$ و $P = 0.828$)، و در نمرات پیگیری با مقدار ($P = 0.803$ و $F = 0.064$) بوده است که از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی نشده است. نتایج بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس آزمون معناداری M باکس ($M = 14.290$, $p = 0.067$)، نشان داد که شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رعایت شده است. لذا در بررسی اثر چند متغیری از لامبدای ویلکز استفاده شده است. مفروضه تساوی کوواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موخلی ارزیابی شد. نتایج نشان داد که آزمون موخلی معنادار بوده است ($p = 0.134$ و $F = 0.800$)، لذا برای تفسیر نتایج آزمون‌ها از سطرهای قبول آزمون کرویت استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج تجزیه و تحلیل واریانس در اندازه‌های مکرر برای بررسی گرایش به مواد در اثرهای درون گروهی قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج آزمون اثرهای درون گروهی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	مفروضه کرویت	۱۵۵۶/۸۶۴	۲	۷۷۸/۴۳۲	۲۵/۵۹۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴
زمان * گروه	مفروضه کرویت	۱۰۳۱/۲۱۳	۲	۵۱۵/۶۰۷	۱۶/۹۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۷۲
خطا	مفروضه کرویت	۱۱۵۵/۶۳۶	۳۸	۳۰/۴۱۱			

با توجه به جدول ۳ اندازه اثر اصلی زمان تفاوت معناداری را نشان داده است. در ادامه به بررسی اثر تعامل درون گروهی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه (کنترل و طرحواره درمانی) پرداخته شده است. اثر تعامل درون گروهی معنادار است. بنابراین، از مقایسه‌های چندگانه تعدیل شده بونفرنی استفاده شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات گرایش به مواد در گروه کنترل بین متغیرهای زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تفاوت معناداری نشان داده نشده است. در ادامه نتایج بین گروهی (گروه کنترل، گروه طرحواره درمانی) بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	انداز اثر
عرض از مبدا	۱۷۳۳۹۲/۵۲۹	۱	۱۷۳۳۹۲/۵۲۹	۱۲۰۴/۴۸۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
گروه	۱۱۷/۹۹۰	۱	۱۱۷/۹۹۰	۰/۸۲۰	۰/۳۷۷	۰/۰۴۱
خطا	۲۷۳۵/۱۶۱	۱۹	۱۴۳/۹۵۶			

همان طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، اثر اصلی برای گروه معنادار نیست. به عبارت دیگر تفاوت معناداری در نمره‌های گرایش به مواد برای دو گروه کنترل و طرحواره درمانی وجود نداشته است. اما طرحواره درمانی در کاهش گرایش به مواد مؤثر بوده است. آماره‌های توصیفی در مورد عواطف مثبت و منفی در گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه کنترل در عواطف

حجم نمونه (n)	انحراف معیار (SD)	میانگین (M)		
۱۰	۳/۵۶۵	۲۸/۶۰	کنترل	پیش‌آزمون عواطف مثبت
۱۱	۲/۸۷۹	۲۶/۹۱	طرحواره درمانی	
۲۱	۳/۲۵۸	۲۷/۷۱	کل	
۱۰	۳/۲۰۴	۲۸/۴۰	کنترل	پس‌آزمون عواطف مثبت
۱۱	۳/۴۳۰	۳۳/۱۸	طرحواره درمانی	
۲۱	۴/۰۶۱	۳۰/۹۰	کل	
۱۰	۲/۴۷۰	۲۶/۱۰	کنترل	پیگیری آزمون عواطف مثبت
۱۱	۳/۴۹۵	۳۳/۲۷	طرحواره درمانی	
۲۱	۴/۷۲۵	۲۹/۸۶	کل	
۱۰	۳/۵۳۴	۳۴/۶۰	کنترل	پیش‌آزمون عواطف منفی
۱۱	۳/۹۷۵	۳۶/۰۰	طرحواره درمانی	
۲۱	۳/۷۴۶	۳۵/۳۳	کل	
۱۰	۲/۴۰۶	۳۳/۷۰	کنترل	

حجم نمونه (n)	انحراف معیار (SD)	میانگین (M)		
۱۱	۲/۶۳۹	۲۲/۸۲	طرحواره درمانی	پس آزمون عواطف
۲۱	۶/۰۹۱	۲۸/۰۰	کل	منفی
۱۰	۲/۴۹۴	۳۳/۰۰	کنترل	پیگیری آزمون عواطف منفی
۱۱	۳/۵۳۴	۲۱/۰۹	طرحواره درمانی	
۲۱	۶/۷۹۶	۲۶/۷۶	کل	

چنانچه اشاره شد با توجه به طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی که (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است) از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. این روش آماری برای طرح‌هایی کاربرد دارد که در آن‌ها یک واحد آزمایشی در معرض بیش از یک متغیر آزمایشی قرار می‌گیرند. در اینجا هر گروه (کنترل، طرحواره درمانی)، چندبار اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). مفروضه اول نرمال بودن توزیع نمرات است که از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک، استفاده شد. نتایج نشان داد که در سطح معناداری ($P > 0/05$) پیش‌فرض طبیعی بودن داده‌ها رعایت شده است. مفروضه دوم همگنی واریانس‌ها توسط آزمون معناداری لوین محاسبه شد، متغیر عواطف مثبت در پیش‌آزمون ($F = 0/413$ و $P = 0/528$)، در پس‌آزمون عواطف مثبت ($F = 0/009$ و $P = 0/926$) و در نمرات پیگیری عواطف مثبت ($F = 2/003$ و $P = 0/173$)، و متغیر عواطف منفی در پیش‌آزمون ($F = 0/220$ و $P = 0/644$)، در پس‌آزمون عواطف منفی ($F = 0/056$ و $P = 0/815$) و در نمرات پیگیری عواطف منفی ($F = 0/870$ و $P = 0/361$)، در همه موارد غیر معنادار بوده است و به عبارت دیگر از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی نشده است. نتایج بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس آزمون معناداری M باکس ($M = 23/777$, $p = 0/801$)، نشان داد که شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رعایت شده است، لذا در بررسی اثر چند متغیری از لامبدای ویلکز استفاده شده است. مفروضه تساوی کوواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است با آزمون کرویت موخلی ارزیابی شد. نتایج نشان داده است که آزمون موخلی در مورد اثر اصلی زمان معنادار است $p = 0/004$ و ناهمگنی کوواریانس وجود داشته است. آزمون کرویت موخلی از نظر آماری معنادار بود. بنابراین، از اثرهای اصلی درون گروهی (زمان) از گرین‌هاس - کیسر استفاده شده است. همچنین اثر تعامل زمان*عواطف معنادار نیست $p = 0/220$ پس ناهمگنی کوواریانس وجود نداشته، لذا از سطرهای قبول مفروضه کرویت استفاده شده است. در ادامه و در جدول ۶ نتایج تجزیه و تحلیل واریانس در اندازه‌های مکرر برای بررسی عواطف در اثرهای درون گروهی قابل مشاهده است.

جدول ۶: نتایج آزمون اثرهای درون گروهی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	انداز اثر
عواطف	مفروضه کرویت	۱۹۰/۶۶۰	۱	۱۹۰/۶۶۰	۰/۸۹۳	۰/۳۵۷	۰/۰۴۵
عواطف * گروه	مفروضه کرویت	۸۷۴۰/۷۷۱	۱	۸۷۴۰/۷۷۱	۳۹۰/۷۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۷۶
خطا (عواطف)	مفروضه کرویت	۴۱۸۰/۳۸۸	۱۹	۲۲۰/۰۲۰			
زمان	گرین هاس - کیسر	۲۱۴۰/۳۶۸	۱۰/۳۷۱	۱۵۶۰/۳۷۰	۲۲۰/۳۷۹	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
زمان * گروه	گرین هاس - کیسر	۴۸۰/۳۳۶	۱۰/۳۷۱	۳۵۰/۲۵۹	۵۰/۰۴۶	۰/۰۲۴	۰/۲۱۰
خطا (زمان)	گرین هاس - کیسر	۱۸۱۰/۹۹۷	۲۶۰/۰۴۷	۶۰/۹۸۷			
عواطف * زمان	مفروضه کرویت	۷۱۷۰/۰۰۹	۲	۳۵۸۰/۵۰۵	۵۴۰/۳۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۱
عواطف * زمان * گروه	مفروضه کرویت	۷۴۶/۴۶۹	۲	۳۷۳۰/۲۳۵	۵۶۰/۵۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۹
خطا (عواطف * زمان)	مفروضه کرویت	۲۵۰/۶۵۸	۳۸	۶/۵۹۶			

با توجه به جدول ۶ اندازه اثر اصلی عواطف معنادار نیست، اما اثر تعامل عواطف با گروه رابطه معناداری را نشان داده است. درباره اثر درون گروهی زمان و اثر تعامل بین زمان با گروه رابطه معناداری وجود داده است. در آخر نیز تعامل عواطف با زمان و گروه نیز رابطه معناداری را نشان داده است. در این مرحله از مقایسه‌های چندگانه تعدیل شده بونفرنی استفاده شده است. نتایج نشان داده است که بین نمرات عواطف مثبت در گروه کنترل فقط بین نمرات پیش‌آزمون نسبت به نمرات پیگیری تفاوت معنادار $p < ۰/۰۴۹$ وجود داشته است. به عبارت دیگر عواطف مثبت در گروه کنترل وقتی هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند، به صورت معناداری کاهش پیدا کرده است. در گروه مداخله طرح‌واره درمانی، نمرات عواطف منفی در پیش‌آزمون نسبت به نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری را نشان داده است که با توجه به میانگین‌ها عواطف منفی در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است و نشان از تأثیر مداخله است. همچنین معنادار نبودن تفاوت میانگین‌ها بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه طرح‌واره درمانی $p > ۰/۰۵$ نشان می‌دهد که نمرات عواطف منفی در بلندمدت، افزایش یا کاهش معناداری ندارند. در ادامه نتایج بین‌گروهی (گروه کنترل، گروه طرح‌واره درمانی) بررسی شده است. در نتایج اثر بین‌گروهی ($F = ۴/۸۹۲$ و $P = ۰/۰۳۹$) نشان داده شده است که اثر اصلی برای گروه معنادار است. به عبارت دیگر تفاوت معناداری در نمره عواطف به مواد برای دو گروه کنترل و گروه طرح‌واره درمانی وجود داشته است. همچنین اندازه اثر نیز نشان از اندازه اثر کوچک است. به عبارت دیگر، طرح‌واره درمانی در تنظیم عواطف مردان تحت درمان با متادون تأثیر داشته، این تأثیر در عواطف مثبت باعث افزایش و درمورد عواطف منفی باعث کاهش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره درمانی بر گرایش به مواد و تنظیم عواطف در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شده است. این درمان موفق به کاهش شدت گرایش به مواد، کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت در آزمودنی‌های پژوهش شده است، پژوهش‌هایی که به طور مستقیم با پژوهش حاضر همسو بودند و در آن تأیید شده است طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد مخدر بیشتر و شدیدتر از جمعیت عادی و افراد غیروابسته بوده است، عبارت هستند از یافته‌های فتاحی و دهقانی (۱۳۹۷)، پیری، حسینائی، اسدی و شریعت نیا (۱۳۹۸)، قندهاری و دهقانی (۱۳۹۷)، مارنگو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ تیم^۲ ۲۰۱۷؛ گونگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۸؛ سیمونز^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ مطابق با نظر رنر، در رابیس، آمتز، پیتر، لوبستیل، هیوبرز^۵ (۲۰۱۸)، طرح‌واره درمانی توانسته است با به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و با جانشین کردن راهبردهای مدیریتی هیجانی سازگارانه در برخورد با مشکلات زندگی به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم عواطف کمک کند. از طرفی بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرآیند سبب بهبود تحمل پریشانی و عواطف منفی شده است (یانگ، ساندمن و کراسکه^۶، ۲۰۱۹). طرح‌واره درمانی با به‌کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین باور شناختی و باور هیجانی را گسسته کرده و از این طریق سبب شده بیمار نیازهای هیجانی ارضاء نشده را شناسایی کند (مانوئرا، روکس، ویل، پاسیئرکس و امبایلا^۷، ۲۰۲۰)، و این آگاهی باعث شده که فرد به شکل بهتری عواطف خود را مدیریت کند و در تحمل عواطف منفی و به‌کارگیری عواطف مثبت توانمندتر شود. در طرح‌واره درمانی، درمان در سطح شناختی یا سبک پردازش عینی بر واقعیت‌آزمایی شناخت‌واره‌ها تمرکز داشته است. این درمان با واقعیت‌آزمایی محتوای افکار و باورها و به دنبال آن کنار گذاشتن فرایندهای ناکارآمد تفکر و واقعیت‌آزمایی اعتبار باورها درباره افکار در سطوح بالاتر بوده است. تکنیک‌های تجربی عمدتاً به بازسازی مجدد واقعه از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف شده بیمار درباره خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون شخص پرداخته است و هدف آن تغییر ماهیت خاطرات بیمار و محتوای باورهای او درباره خودش و جهان است. همچنین شناخت فرد نسبت به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای مهم‌ترین هدف طرح‌واره درمانی است (یوسف‌زاده، طالبی و نشاط دوست، ۱۳۹۶) که در راستای آن، بیماران یاد گرفتند چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند و به تبع آن رابطه خود را با افکار و باورهایشان تنظیم کنند. طی تمرین‌های عملی در خلال جلسات درمانی، با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، گذشته و دوران کودکی افراد هدف قرار داده شد. در جلسات درمان، بررسی خاطرات، رویدادها و تجارب زندگی افراد نمونه آزمایشی و بازسازی

^۱. Marengo

^۲. Thimm

^۳. Gong

^۴. Simons

^۵. Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters, Lobbestael and Huibers

^۶. Young, Sandman and Craske

^۷. Munuera, Roux, Weil, Passerieux and M'Bailara

رویدادها و اتفاقات، همچنین ریشه‌های تحولی باورها، توانست بر فرآیند تفکر شناختی ناسازگار و ناکارآمد تأثیر گذارد و آن‌ها را تغییر دهد و ابعاد باورهای شناختی ناکارآمد دارای پیامد منفی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تعدیل کنند. در ضمن افراد از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورها و افکار، که یکی از مهم‌ترین اهداف طرح‌واره درمانی بوده است، شناخت و آگاهی پیدا کردند و یاد گرفتند چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند و به تبع آن توانستند افکار و باورها، هیجانات و رفتارهایشان را تعدیل و تنظیم کنند. بنابراین، در چگونگی انتخاب رفتارها و پاسخ‌های سازگارانه‌تر در زمان برانگیخته شدن طرحواره‌های ناسازگار تأثیر گذاشت و اثر مستقیم و معناداری بر کاهش گرایش به مواد داشته است که نوعی پاسخ مقابله‌ای به حساب می‌آید. برای حداکثر کارایی و تأثیر درمان توجه به نکاتی ضروری است که می‌توان به عنوان محدودیت‌های تحقیق نام برده شود: اول اینکه تعداد جلسات درمان را باید بیشتر از ۱۷ جلسه طراحی کرد تا با بیشتر شدن جلسات به تفهیم و تمرین مفاهیم مورد نظر کمک شود، زیرا فهم و درک و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار به جلسات طولانی مدت‌تری نیازمند است و باید مجدداً درمان‌های مذکور مقایسه شوند. مورد دوم انجام مطالعات طولانی مدت با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای است تا نتایجی کامل‌تر در زمینه پایداری یا تغییر رویکردهای درمانی مذکور در اختیار محققان قرار گیرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش مربوط به جمعیت مورد مطالعه و تعداد نمونه است، که در این مطالعه مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون و گروه کنترل به تعداد ۳۰ نفر انتخاب و مطالعه شدند که البته ۵ نفر از پژوهش خارج شدند و ۴ نفر ریزش داشتند. بنابراین، لازم است در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های جامعه به ویژه گروه مربوط به جمعیت مواد محرک، نوجوانان احتیاط شود. محدودیت دیگر در روش مطالعه بود و لازم است از هرگونه استنباط در خصوص نتایج و تعمیم آن به سایر جمعیت‌ها در جامعه جوانب احتیاط رعایت شود. دیگر محدودیت مطالعه حاضر مربوط به روش نمونه‌گیری به شیوه هدفمند است که توان تعمیم نتایج را با محدودیت همراه می‌کند. همین‌طور از محدودیت‌های این طرح محدودیت سنی (۲۵ تا ۴۵ سال) در آن بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌های سنی تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود در سطح کاربردی طرحواره درمانی برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی استفاده شود، تا متخصصان امر بتوانند با استفاده از این مداخلات به موازات درمان‌های ترک مصرف مواد مخدر، گامی مؤثر در راستای بهبود وضعیت روان‌شناختی معتادین و خانواده‌های آن‌ها بردارند و مداخلات حاضر در سایر جمعیت‌ها و شهرهای مختلف اجرا شود تا نتایج منسجم‌تری از یافته‌های پژوهشی به دست آید. پیشنهاد می‌شود و ضروری است در طی پژوهش‌های آتی، اثرگذاری روش‌های درمانی پژوهش حاضر در گروه‌های مختلف اعم از سنین مختلف مردان و زنان و افرادی با تحصیلات مختلف، متأهل و مجرد یا با اشتغال و بدون اشتغال بررسی و مقایسه شود. همین‌طور به منظور واضح‌تر شدن اثرات این رویکردهای درمانی، با دقت بالاتر در مطالعات گسترده‌تر و با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان‌های مذکور اقدام شود.

فهرست منابع

- پیری، محمود، حسینی، علی، اسدی، جوانشیر و شریعت‌نیا، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معنادان ساکن در کمپ. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۱۳۸-۱۶۲.
- راهبریان، مهسا، محمدی، ابوالفضل، عباسی، ایمان و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۶). مشکلات تنظیم هیجان و آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان ایران. *مجله روانشناسی بالینی*، ۵(۴)، ۲۳۵-۲۴۲.
- ریاضی، زهره، ابراهیمیان شیاده، سیده مونا، نقش، زهرا و موسوی امیرآبادی، زهره (۱۳۹۷). نقش سبک پژوهش در نظام‌های آموزشی شناسی، نارسا کنش وری شناختی و عواطف منفی در پیش بینی تعلل ورزی دانش‌آموزان، *فصلنامه اعتیاد پژوهی* ۱۲(۴۶)، ۳۸-۵۳.
- زرگر، یدالله، نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهر (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت ناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۱(۳)، ۹۹-۱۲۰.
- شیخ الاسلامی، علی، قره‌درویشلو، سجاد و بگلو، پژمان (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان بر اساس جو عاطفی خانواده و خودپنداره. *مجله سلامت اجتماعی*، ۵(۴)، ۳۴۶-۳۵۴.
- فتاحی، عباسعلی و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و وسوسه در مردان عضو انجمن معنادان گمنام. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۸-۲۰۴.
- قندهاری، آرش و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر طرد-بریدگی و خودگردانی-عملکرد مختل در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۴(۲)، ۲۲۷-۲۳۴.
- کرمی، جهانگیر و جشن پور، محمد (۱۳۹۶). مقایسه دلبستگی سبک‌های عاطفی و منبع کنترل در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۵)، ۱۰۵-۱۲۲.
- مسلمان، مهسا، حسینی، عاطفه و صادق پور، مریم (۱۳۹۷). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سیستم‌های مغزی بازداری فعال سازی رفتاری و توانایی‌های شناختی در بین دانشجویان موسسه آموزشی عالی آمل. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۲(۱۶)، ۱۴۶-۱۵۵.
- ناصری، اسماعیل، سهرابی، فرامرز، برجعلی، احمد و فلسفی نژاد، محمد رضا (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره درمانی دووجهی در درمان وابستگی به هروئین همبود با اختلال شخصیت ضداجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۷۵-۹۷.
- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۲۰۱۱). *طرح‌واره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی*. ترجمه حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا (۱۳۹۷). چاپ ۱۱، تهران: انتشارات ارجمند.
- یوسف‌زاده، مهدیه، طالبی، هوشنگ و نشاط‌دوست، حمیدطاهری (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۱۳)، ۶۹-۸۲.

- Ball, S. A. and Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorder and substance dependence: case study. *Cognitive and Behavior Practice*, 2(7): 270-281.
- Fattahi, A. A. and Dehghani, A. (2018). The effectiveness of schema therapy on emotional regulation, self-efficacy and temptation in men members of the Association of Anonymous Addicts. *Journal of Addiction Research*, 12 (48): 204-188 (In Persian).
- Faustino, B. and Vasco, A. B. (2019). Early maladaptive schemas and cognitive fusion on the regulation of psychological needs. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50: 105 -112.
- Flink, N., Honkalampi, K., Lehto, S. M., Leppänen, V., Viinamäki, H. and Lindeman, S. (2018). Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4): 532 -539.
- Gong, J. and Chan, R. C. K. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Journal of Psychiatry Research*, 25(9): 493-500.
- Kandahari, A. and Dehghani, A. (2019). The effectiveness of group schema therapy on rejection - cuts and self - control - dysfunction in men treated with methadone maintenance drug. *Journal of Health System Research*, 40 (2): 234-227 (In Persian).
- Karami, J. and Jashanpour, M. (2017). Comparison of attachment of emotional styles and source of control in drug addicts and normal people. *Quarterly Journal of Social Health and Addiction*, 4 (15): 122-105 (In Persian).
- Marengo, S. M., Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., Warren, J. and Smalley, K. B. (2019). The relationship of early maladaptive schemas and anticipated risky behaviors in college students. *Journal of Adult Development*, 26(3): 190-200.
- Munuera, C., Roux, P., Weil, F., Passerieux, C. and M'Bailara, K. (2020). Determinants of the remission heterogeneity in bipolar disorders: the importance of early maladaptive schemas (EMS). *Journal of Affective Disorders*, 277: 857-868.
- Musalman, M., Hosseini, A. and Sadeghpour, M. (2019). Predicting addiction readiness based on brain systems inhibiting behavioral activation and cognitive abilities among students of Amol Higher Education Institute. *Journal of Military Care Sciences*, 2 (16): 155-146 (In Persian).
- Naseri, I., Sohrabi, F., Borjali, A. and Falsafinejad, M. R. (2015). The effectiveness of two-way schema therapy in the treatment of heroin dependence associated with antisocial personality disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 5 (18): 97-75 (In Persian).
- Piri, M., Hosseini, A., Asadi, J. and Shariatnia, K. (2019). Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment-based therapy on the symptoms of antisocial personality disorder in camp addicts. *Addiction Research Quarterly*, 13 (52): 162-138 (In Persian).
- Rahbarian, M., Mohammadi, A., Abbasi, I. and Soleimani, M. (2017). Problems of emotion regulation and addiction readiness in Iranian students. *Journal of Clinical Psychology*, 5 (4): 242-235 (In Persian).
- Renner, F., DeRubeis, L., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. and Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136 (3): 581-590.
- Reiaze, Z., Ebrahimian Shiadeh, S. M., Naghsh, Z. and Mousavi Amirabadi, Z. (1397). The role of research style in educational systems, cognitive dysfunction and negative emotions in predicting students' procrastination. *Addiction Research Quarterly*, 12 (46), 53-38 (In Persian).
- Rezaei, M., Ghazanfari, F. and Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246: 407-4 (In Persian).

- Shaykh al-Islami, A., Qarah Darvishloo, S. and Begloo, P. (2017). Predicting students' tendency to use drugs based on family emotional climate and self-concept. *Journal of Social Health*, 5 (4), 354-346 (In Persian).
- Simons, R. M., Sistas, R. E., Simons, J. S. and Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors*, 78: 1-8.
- Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology Psychological Therapy*, 17(1): 1-15.
- Yakin, D., Gençöz, T., Steenbergen, L. and Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6): 1098 -1113.
- Young, J. E., Klosko, J. S. and Weishaar, M. E. (2011). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, K. S., Sandman, C. F. and Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4): 76.
- Yousefzadeh, M., Talebi, H. and Neshatdoost, H. T. (2017). The effectiveness of schema therapy on reducing maladaptive schemas in patients with chronic low back pain in Tehran. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 2 (13): 82-69 (In Persian).
- Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., Vandalen, P. J. and Oude Voshaar, R. C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorder: A randomized trial. *Journal of Biology and Medicine Central*, 19(26): 1-14.
- Weed, N. C., Butcher, N. J., Mc Kenna, T. and Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the minnesota multiphasic personality inventory: The addiction potential scale and addiction acknowledge scale. *Journal of Environmental Monitoring and Assessment*, 2(58): 389-404.
- Zargar, Y., Najarian, B. and Naami, A. (2011). Investigating the Relationship between Personality Traits, Religious Attitude and Marital Satisfaction with Readiness for Drug Addiction. *Journal of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz*, 18 (3): 120-99 (In Persian).