

بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان وابسته به هروئین

*محمد اورکی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۷/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۰۶)

The Effectiveness of the Schema Therapy on Depression and Relapse in Heroin-Dependent Individuals

*Mohammad Oraki

Associate professor of Psychology Group, Payam Noor University

(Received: Sep. 03, 2017 - Accepted: Jan. 26, 2018)

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on depression and relapse in heroin-dependent men. **Method:** This research was a semi-experimental design with pretest-posttest design with control group. To perform this research among people who visited the Tehran addiction treatment clinic in the months of October-February 2017, 40 detainees were selected and randomly assigned to two experimental groups (20) and a control group (20). In this study, the experimental group received the Yang Scheme Program for 10 sessions of 90 minutes, while the control group was on the waiting list for the treatment. Participants completed a Beck Depression Inventory and a urine test to measure the substance in the pre-test and post-test phase. Analysis of covariance was used to analyze the data. **Results:** The results showed that in the post-test stage, schema therapy could significantly reduce depression and relapse rate in men with heroin dependence compared to control group. **Conclusion:** Schema therapy as a leading method in the field of cognitive-behavioral therapy has therapeutic benefits for heroin addicts and is effective in reducing the relaps problem.

Keywords: Schema Therapy, Depression, Addiction Relaps.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و عود در مردان وابسته به هروئین بود. روش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. برای انجام این پژوهش از بین افرادی که در فاصله ماه های مهر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۶ به کلینیک ترک اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده بودند و دوره سم زدایی را کامل کرده بودند، ۴۰ مرد وابسته به هروئین انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. در این مطالعه، گروه آزمایش برنامه طرحواره درمانی یانگ را برای مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند در حالیکه افراد گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت این درمان قرار گرفتند. شرکت کنندگان پرسشنامه افسردگی بک و آزمایش ادرار برای سنجش مواد را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون کامل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در مرحله پس آزمون، طرحواره درمانی توانست افسردگی و میزان عود مردان مبتلا به وابستگی به هروئین را به شکل معنی داری نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. **نتیجه گیری:** طرحواره درمانی بعنوان یک روش پیشرو در حوزه درمان های شناختی - رفتاری واجد مزایای درمانی برای وابستگان به مصرف هروئین بوده و در کاهش مشکل عود موثر است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، افسردگی، عود اعتیاد.

Corresponding: Mohammad Oraki

Email: orakisalamat@gmail.com

مقدمه

می کنند، عوامل روانی است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که عوامل شخصیتی متعددی در گرایش به مصرف مواد وجود دارند (کرامر^۲، ۲۰۰۳؛ نیکل و ایگل^۳، ۲۰۰۶). یکی از عواملی که در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر دارای اهمیت است، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ است. به باور یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی در مورد خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند. این طرحواره‌ها اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش‌های شناختی نابهنجار را در پی دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی و شناخت واره‌ها تشکیل شده‌اند و با جنبه‌های مخرب تجاراب دوران کودکی افراد گره خورده‌اند و به شیوه‌ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می‌شوند (نظری و همکاران، ۱۳۹۴).

برومت^۵ (۲۰۰۷) با بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران سرپایی درمان با نگهداری متادون

اعتیاد بیماری روانی عود کننده و مزمنی است که به اختلال‌های انگیزشی شدید و فقدان کنترل رفتاری منجر می‌شود، حدود ۳/۴ میلیارد نفر از مردم جهان مواد مخدر مصرف می‌کنند و بیش از ۱۲ درصد مرگ و میرها مربوط به اعتیاد است (جوپ و دالی^۱، ۲۰۱۴). سوء مصرف مواد از جمله اپیوئیدها در حال حاضر نیز یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی است، این مسئله می‌تواند اثرات مخربی در سطح فردی و اجتماعی داشته باشد (مکری، اختیاری، گنجگاهی و نادری، ۲۰۰۸). برخی از مشکلات سوء مصرف مواد در سطح فردی عبارتند از: کاهش انگیزه، اختلال در تفکر و کارکردهای شناختی، اختلالات خلقی از جمله افسردگی، مشکلات جسمانی، بزهکاری، شکست تحصیلی، و مشکلات در روابط بین فردی (زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی، ۱۳۹۰). مطالعات اخیر در زمینه شیوع سوء مصرف مواد بخصوص اپیوئیدها نشان دهنده این است که سوء مصرف مواد در ایران یک مشکل در حال گسترش است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). عود اعتیاد به مصرف مجدد مواد بر اساس یک الگوی منظم پس از ترک و سم زدایی گفته می‌شود که موجب وابستگی بیشتر فرد به مواد در آینده می‌گردد (نوروزی و بینازاده، نادری و صفاتیان، ۱۳۸۴). از موارد مهمی که محققان در بحث جلوگیری از عود مجدد اعتیاد مطرح

2. Cramer
3. Nickel & Egle
4. Early Maladaptive Schemas (EMs)
5. Brummett

1. Jupp, B., & Dalley, J. W

مجدد مصرف مواد را به همراه داشته اند. طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب های شناختی - رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شی، سازنده گرایی و روان کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ و همکاران، ۱۳۸۹). طرحواره درمانی می تواند درمان انتخابی برای بسیاری از اختلالات روانشناختی بویژه اختلالات خلقی و برای بیماران با مشکلات منشی دیرپا مانند اختلالات شخصیت باشد. علاوه بر این برای درمان مجرمان جنایی و همچنین درمان و پیشگیری از عود در بین مصرف کنندگان مواد نیز گزینه مناسبی است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در این روش درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی در مبارزه با طرحواره ها با بیماران هم پیمان می شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش های مختلف نشان داده اند که طرحواره درمانی می تواند باعث کاهش شدت طرحواره های ناسازگار گردد (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۴؛ تاجیک زاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین پیشینه مطالعاتی ارتباط طرحواره درمانی و افسردگی را نشان داده اند که

دریافت که طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند. شقاقی و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که معتادان از سطوح بالای طرحواره های ناسازگار اولیه رنج می برند. اویسی (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان نشان داد، افراد وابسته به مواد در حوزه های طرحواره ای بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی، نمره بالاتری داشته و تفاوت آن ها با افراد غیر وابسته معنی دار است. اختلالات خلقی و در راس آن افسردگی از جمله شایع ترین اختلالات همراه با سومصرف مواد است (هاسین^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). افسردگی ممکن است نشان از درماندگی در معتادین باشد که این امر به عنوان مانعی برای انجام رفتارهای موثر برای مبارزه با اعتیاد و یا بهره گیری از منابع مقابله ای موجود در سوء مصرف کنندگان مواد محسوب می شود (دولان^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد است (ایلگن^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

تاکنون روش های درمانی مختلفی بر روی بیماران مبتلا به اختلال های اعتیادی صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه ها تا حدودی موثر بوده اند و عود و بازگشت

1. Hasin
2. Dolan
3. Ilgen

پژوهش شامل تمامی مردان وابسته به هروئین که در فاصله ماه های مهر ماه تا بهمن ماه سال ۱۳۹۶ که به کلینیک ترک اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده بودند و دوره سم زدایی را کامل کردند، بود. از بین کلینیک های ترک اعتیاد کلینیک جمعیت آفتاب و نمونه ای با حجم ۹۰ نفر با کمک روش نمونه گیری تصادفی در جامعه در دسترس انتخاب شدند. سپس با استفاده از مصاحبه بالینی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM.5، ۲۰۱۳)، و پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۳۹۰) ۴۰ نفر از بین افراد یاد شده انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل (۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل) بکارگمارده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دریافت تشخیص وابستگی به هروئین با عود اعتیاد توسط روان پزشک، مایل بودن به شرکت در جلسات درمانی، عدم ابتلاء به اختلال های روان پزشکی جدی دیگر (نظیر اسکیزوفرنی، اختلال وسواس، و اختلالات شخصیتی) و عدم ابتلاء به اختلال نورولوژیک، عدم ابتلا به عقب ماندگیهای ذهنی، عدم مصرف الکل، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۴ سال، عدم مصرف داروهای ضد ولع یا سم زدایی.

پروتکل درمانی جلسات برگرفته از اصول طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) بوده که توسط روان شناس بالینی

طرحواره درمانی باعث کاهش معنادار افسردگی گردید (لی و همکاران، ۲۰۱۵؛ تی تاو، ۲۰۱۵؛ رینر و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیوبرز ، ۲۰۱۱؛ عاشوری، ۱۳۹۴؛ زره پوش و همکاران، ۱۳۹۱؛ منتظری و همکاران، ۱۳۹۱). به عنوان مثال مطالعات لی و همکاران (۲۰۱۵) بیانگر آن است که طرح واره های ناسازگار اولیه با افسردگی رابطه مثبت داشته و وجود طرحواره های ناسازگار اولیه آسیب پذیری فرد برای اختلالات روانی را افزایش می دهد.

پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد طرحواره محور که درمانی نوین در زمینه اختلالات مزمنی همچون اعتیاد به مواد مخدر است، سعی دارد اثربخشی این رویکرد را بر افسردگی و عدم عود در این بیماران بررسی کند. لذا با توجه به اینکه طرحواره درمانی، درمانی موثر و مفید در زمینه بیماری های مزمن است؛ به درمانگران در زمینه درمان افراد وابسته به مواد کمک خواهد کرد، در نتیجه اهمیت و ضرورت پژوهش مشخص است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر طرحواره درمانی بر کاهش میزان افسردگی و عود در مردان وابسته به هروئین طراحی گردید.

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش، از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این

آموزش دیده اجرا گردید. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود و با به کارگیری این مدل بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت نا همخوان ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا میکنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوهی همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روش طرحواره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جزئیات مداخله در گروه طرحواره درمانی به تفکیک جلسات به شرح زیر بود. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد و پیش‌آزمون اجرا شد. در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره

موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد و سپس پس‌آزمون اجرا شد. پس از گذشت دو ماه از اتمام جلسات افراد هر دو گروه مورد آزمایش قرار گرفتند و میزان عود آن‌ها مشخص شد.

۳ (برای شدیدترین وضعیت آن علامت) است. مجموع نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ متغیر است و به ترتیب، بیانگر خفیف ترین تا شدیدترین درجه احساس آن علامت است. بک و همکاران (۱۹۸۸) ضریب ثبات درونی آن را ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش کرده اند. موسوی و همکاران (۱۳۸۵) نیز روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد.

سنجش میزان عود: در این پژوهش پاک بودن مراجع از هروئین بعنوان دلیل عدم عود او در نظر گرفته شد. برای این منظور از آزمودنی خواسته می شد یک آزمایش ادرار انجام دهد که درکنار این آزمایش با انجام یک مصاحبه بالینی با مراجع بازگشت (عود) یا عدم بازگشت (عود) وی تشخیص داده می شد. روش دیگر مصرف داروی آنتاگونیست اپیوم (مانند نالتراکسون) است که علائم ایجاد شده در فرد پس از مصرف داروی مذکور نشان می دهد که آیا فرد مورد نظر به مصرف مواد برگشته یا نه؟

یافته‌ها

یافته های توصیفی پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش: پرسشنامه طرحواره یانگ- فرم کوتاه (یانگ، ۱۹۹۰؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳): پرسشنامه یانگ یک ابزار اندازه گیری خودگزارشی به منظور سنجش طرحواره ها است. این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم می باشد و ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه مشخص می نماید. فرم کوتاه بیشتر در پژوهشها به کار میرود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن صرف می شود. پژوهش های متعددی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده اند (استوپا^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ولبورن^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران یوسفی و شیرباغی (۲۰۱۰) خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند. آنان دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن را به کار بردند و در کل نمونه ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب ۹۹ و ۸۶ درصد، در دختران ۸۷ و ۸۴ درصد و در پسران ۸۴ و ۸۱ درصد بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶): این پرسشنامه شامل ۲۱ جمله است. هر گروه از عبارات (شامل ۴ جمله) یک جنبه از علائم افسردگی را می سنجد که از لحاظ شدت آن علامت درجه بندی شده اند. نمره جملات بین صفر (برای فقدان آن علامت) تا

1. Stopa
2. Welburn

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۳۹/۳۴
		پس آزمون	۲۲/۷۸
	کنترل	پیش آزمون	۴۰/۱۰
		پس آزمون	۳۹/۷۶

و تایید قرار گرفت. به عنوان مثال مقادیر آماره آزمون شاپیروویک جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه آزمایش و کنترل می باشد ($P= ۰/۹۹$). از مفروضه های دیگر مهم تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است، این پیش فرض با استفاده از آزمون لوین انجام شد با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری برای افسردگی معنادار نبود، پیش فرض همگنی واریانس تأیید شد ($P= ۰/۰۸$). همچنین وجود همگنی شیب های رگرسیون نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P= ۰/۴$) و مشخص شد که بین متغیرهای مورد پژوهش رابطه خطی وجود دارد.

همانطور که جدول ۱ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۹/۳۴ و ۵/۱۷ در پس آزمون ۲۲/۷۸ و ۲/۳ می باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات در گروه کنترل در پیش آزمون ۴۰/۱ و ۵/۶۳ در پس آزمون ۳۹/۷۶ و ۶/۵۴ است.

جهت آزمون فرضیه این پژوهش با توجه به نوع طرح پژوهش که از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد (دلاور، ۱۳۸۵) که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. قابل ذکر است که پیش فرض های استفاده از تحلیل کوواریانس نیز مورد بررسی

جدول ۲. نتایج های تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	اثر آزمون	۴۰/۶۲	۱	۴۰/۶۲	۸/۲۲	۰/۱۰	۰/۰۰۸	۰/۰۷۵
	اثر گروه	۴۷۱/۳۱	۲	۲۳۵/۶۵	۶۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۹۹
	خطا	۱۰۰/۱۰	۴۰	۴۰/۸۶				

$P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد. بعلاوه اندازه اثر نشان می دهد که حدود ۷۶ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر افسردگی مربوط به درمان طرحواره

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، نتایجی که برای افسردگی ($F(۲, ۴۰) = ۶۱/۹۰$)، $P < ۰/۰۰۱$ به دست آمد می توان بیان کرد که بین این دو گروه از لحاظ آماری در سطح

مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج ارائه شده در جدول ۳ اطلاعات به دست آمده از گروه های آزمایشی و کنترل را در مرحله پیگیری نشان می دهد.

درمانی در گروه آزمایشی می باشد و این به این معنی است که آموزش طرحواره درمانی در کاهش افسردگی مبتلایان وابسته به هروئین بوده است.

در مرحله پیگیری نیز شرکت کنندگان مجدداً در زمینه بازگشت یا عدم بازگشت

جدول ۳. فراوانی و در صد میزان عود گروه های آزمایشی و گواه

گروه ها متغیر	گروه آزمایشی	گروه گواه	مجموع
پرهیز	۱۲ ٪۶۳۲	۲ ٪۱۰/۵۲	۱۴ ٪۳۱/۴۸
بازگشت	۷ ٪۳۶۸	۱۷ ٪۸۹۴	۲۴ ٪۶۸/۵۲
مجموع	۱۹ /۱۰۰	۱۹ ۰/۱۰۰	۳۸ ۰/۱۰۰

میزان پرهیز در گروه آزمایشی ۶۳ درصد و میزان پرهیز گروه کنترل ۱۰ و نیم درصد است. برای بررسی معنی داری تفاوت درصدهای پرهیز و عود مقدار χ^2 دو (۱۱/۳۱) محاسبه شد که نتایج جدول ۵ تفاوت معنی داری را نشان می دهد (در سطح $P=0/02$).

برای بررسی معناداری تفاوت های بدست آمده در بین گروه های یاد شده این نتایج با کمک آزمون χ^2 دو مورد تحلیل قرار گرفت. چنانچه در جدول ۳ ملاحظه میشود دو نفر هنگام انجام آزمایش مصرف مواد در آزمایش شرکت نکردند و میزان پرهیز و بازگشت ۳۸ نفر باقیمانده مورد محاسبه قرار گرفت. بنابراین نتایج در جدول ۴ نشان می دهد که

جدول ۴. نتایج آزمون χ^2 دو برای میزان بازگشت در گروه های درمانی

متغیر	مقدار χ^2 دو	درجه آزادی	سطح معنادار
بازگشت (عود)	۱۱/۳۱	۱	۰/۰۱

بازگشت در گروه تحت طرحواره درمانی نسبت به گروهی که این مداخله را دریافت نکردند، کمتر بود. بنابراین بر اساس نتایج

بنابراین می توان گفت بین میزان بازگشت در گروه های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کمتر بود. به عبارتی می توان گفت میزان

بدست آمده، طرحواره درمانی هم باعث کاهش افسردگی و هم میزان عود در افراد وابسته به هروئین شد.

نتیجه گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و عود در افراد وابسته به هروئین بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی توانست میزان افسردگی را به شکل معنی داری در افراد وابسته به مواد کاهش دهد. این نتیجه با مطالعات پیشین (لی و همکاران، ۲۰۱۵؛ تی تاو، ۲۰۱۵، رینر و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیوبرز، ۲۰۱۱؛ عاشوری، ۱۳۹۴ زره پوش و همکاران، ۱۳۹۱؛ منتظری و همکاران، ۱۳۹۱) همسو است.

در تبیین نتایج میتوان بیان کرد که بک جنبه مهم از افسردگی را محتوای منفی طرحواره ها و افکار خودآیند منفی درباره خود، دنیا و آینده می داند (فری، ۱۳۸۴). از سوی دیگر، بر اساس نظریه طرحواره، افراد داده های مربوط به خویشتن را به اندازه کافی پردازش می کنند، ولی داده های ناهمخوان با خود را کمتر یا بدتر پردازش می کنند (مور و وینکوئیست^۱ ۲۰۰۲). در نتیجه می توان چنین پنداشت که افراد افسرده داده های مثبت خود-ارجاع را از نظام پردازش داده های خویش حذف می کنند و داده های منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می آورند و این جهت مندی منطبق با طرحواره های

ناکارآمد فردی است (کلارک^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). افسردگی را می توان حاصل طرحواره ها دانست. بنابراین تعدیل طرحواره های ناسازگار افراد افسرده می تواند به اصلاح سوگیری های شناختی و در نتیجه درمان افسردگی منجر شود. از نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تاکید دارد، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در کاهش علائم مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن نیز برخوردار است. رینر و همکاران (۲۰۱۲)، در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناسازگار موجب افسردگی می شوند و برای کاهش افسردگی می توان از طرحواره درمانی استفاده کرد. رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد مضطرب و افسرده علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال های کودکی می شود. همچنین در مدل

1. Mor & Winquist

2. Clark

۲۰۰۳). در حمایت از این فرضیه، الگوی درمانی طرح وار ه محور دو جانبه (بال^۱، ۱۹۹۸؛ بال و یانگ، ۲۰۰۰) اعتیاد را اختلالی اولیه می داند، این اختلال همچنین فعال شدن طرحواره ها و اجتناب سازگارانه را به عنوان عواملی که زمینه ساز تداوم یا خطر عود، در افراد دارای مشکلات معنادار شخصیتی، معرفی می کند. طرحواره ها ممکن است هسته آسیب شناسی و آسیب های روانی باشند. از این رو اصلاح طرحواره ها می تواند راهی برای دستیابی به بهبود بالینی دیرپا باشد (احمدیان گرجی و همکاران، ۱۳۸۷).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش مداخله ای طرحواره درمانی، باعث کاهش عود در مردان وابسته به هروئین می شود. این نتیجه با مطالعات پیشین (قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۶؛ تاجیک زاده، زارع، نظیری و افشاری، ۱۳۹۴؛ یانگ و ماتیلا، ۲۰۰۲، علوی و نیکزاد، ۱۳۹۳، تاپیا، داندیو، لنیور، اوتیلی، گرای و دلپله^۲، ۲۰۱۷) در یک راستا بود. در تبیین این نتیجه می توان گفت هروئین یک ماده اعتیاد آور و از نظر روانشناختی محرک است که با نرخ بالای افسردگی و مشکلات شناختی-هیجانی ارتباط دارد (پرنیان، بافنده و شالچی، ۱۳۹۵). یکی از مشکلات هیجانی که نقش مهمی در آسیب پذیری نسبت به اعتیاد ایفا می کند، اشتیاق به مصرف مواد و اختلالات هیجانی مرتبط با آن است که ناشی

شناختی سوء مصرف مواد، بک و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند که در برخی افراد نوعی آسیب پذیری شناختی نسبت به سوء مصرف مواد ایجاد می شود که در شرایط خاص، باورهای شناختی مشخصی فعال می شوند که موجب افزایش احتمال سوء مصرف مواد می گردند. باورهایی مانند " من نمیتوانم ارتباط اجتماعی مناسبی برقرار کنم اگر مواد مصرف نکرده باشم" در موقعیت های دشوار برای فرد فعال شده و موجب افزایش میزان تحمل فرد در مصرف مواد می گردد. از طرفی رویکرد طرحواره محور، وابستگی به مواد را به عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می کند و فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عوامل مهم در افزایش عود مجدد در میان این افراد می داند. این رویکرد فرض می کند که استفاده از مواد مخدر می تواند رفتاری ناشی از ابراز مستقیم فعالیت طرحواره استحقاق و خویشتن داری ناکافی یا فعالیت طرحواره های ایثار، پذیرش جویی و اطاعت باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). تصور می شود که سوء مصرف مواد یکی از راهبردهای کنار آمدن است که فرد برای دوری از تأثیر منفی طرحواره های ناسازگار برانگیخته شده به کار می برد. هدف طرحواره درمانی این است که طرحواره های ناسازگار فرد را تعدیل کند و به این طریق که به فرد کمک کند تا خود را با تجارب جدیدی که طرحواره اصلی را تأیید نمی کنند و رفتارهای کنار آمدن انطباقی تر را ایجاد می کنند، همساز کند (یانگ و همکاران،

1. Ball
2. Tapia , Perez-Dandieu , Lenoir , Othily,
Gray, Delile

طرحواره خود سود می برند (یانگ، ۲۰۰۳). به عنوان مثال افرادی که با طرحواره نقص و شرم، شکست، رها شدگی، محرومیت هیجانی، آسیب دیدگی نسبت به بیماری، بی اعتمادی و بدرفتاری و دیگر طرحواره ها دست و پنجه نرم می کنند برای جلوگیری از مواجهه با عوامل برانگیزاننده ی طرحواره خاص خود و احساس های آزار دهنده برآمده از طرحواره شان مانند بی ارزشی و ناتوانی، احساس شکست، احساس رها شدگی و تنهایی، احساس آسیب دیدگی و اضطراب، احساس محرومیت هیجانی و درک نشدن، بی اعتمادی و ... به مصرف مواد به عنوان یک پاسخ مقابله ای که می تواند شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی باشد روی می آورند (یانگ، ۲۰۰۳). با تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و آگاهی افراد نسبت به طرحواره ها و پاسخ های مقابله ای و یادگیری پیرامون چگونگی انتخاب رفتارها و پاسخ های سازگارانه تر در زمان برانگیخته شدن طرحواره های ناسازگار و جایگزین کردن آن ها به جای مصرف مواد موجب کاهش عود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود.

در پایان می توان چنین نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بعنوان یکی از مداخله های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری با تاکیدی که بر برطرف نمودن خطا های شناختی و شناخت های معیوب می کند زمینه را برای کاهش مشکلات خلقی فراهم آورده و همانگونه که

از مشکلات تنظیم هیجان در افراد است (تارتر، رایدنور، رینولدز، هومر و وانوکوف، ۲۰۱۵). مصرف کننده مواد باورش این است که این هیجانات منفی و آزاردهنده را نمی تواند بدون مصرف مواد مدیریت کند و این مسئله موجب تداوم مصرف مواد و بازگشت مکرر به آن پس از دوره های ترک و سم زدایی می گردد (خلیل زاده، میکائیلی و عیسی زادگان، ۱۳۹۶). تحقیقات نشان داده اند که ارتباط مستقیمی میان مشکلات تنظیم هیجان، خلق منفی و افسردگی و اشتیاق به مصرف مواد وجود دارد (خلیل زاده و همکاران، ۱۳۹۶). در نتیجه روش های درمانی که مهارت های تنظیم هیجان را آموزش می دهند به نظر می رسد، می توانند از آسیب پذیری نسبت به اعتیاد و عود جلوگیری کنند (تارتر و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین در راستای تبیین نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که طرحواره درمانی با بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه موجب اصلاح افکار و باورهای معیوب آنها گشته و در نتیجه میزان عود کمتری نسبت به گروه کنترل داشته اند. هر کدام از طرحواره های ناسازگار اولیه، به شیوه خاص خود، منجر به شروع مصرف مواد و تداوم مصرف در افراد وابسته به مواد می شوند، بنظر می رسد که این افراد از مصرف مواد به عنوان یک پاسخ مقابله ای در جهت رهایی از احساس آزار دهنده و جلوگیری از مواجهه با موقعیت های برانگیزاننده ی

1. Tarter, Ridenour, Reynolds, Homer, Vanyukov

جامعه در دسترس بوده و برای تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. لذا پیشنهاد می شود پژوهش های دیگری با احتساب محدودیت های پژوهش حاضر اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از مدیر و پرسنل مرکز ترک اعتیاد جمعیت آفتاب و همه درمانجویانی که با مشارکت خود زمینه اجرای این پژوهش را فراهم آوردند، صمیمانه تشکر می کنم.

مارلات در نظریه پیشگیری از عود به مصرف مواد گفته است با کاهش مشکلات هیجانی و خلقی می تواند بر میزان عود افراد وابسته به مواد نیز تاثیر بگذارد. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده تنها از افراد وابسته به هروئین، منحصر بودن به جامعه مردان و متمرکز بودن بر روی نمونه جستجو کننده درمان اشاره کرد که این عوامل یاد شده می توانند تعمیم پذیری نتایج را با احتیاط بیشتر مواجه سازد. همچنین جامعه پژوهش

منابع

- تاجیک زاده، فخری؛ زارع، ایرج؛ نظیری، قاسم؛ افشاری، رامین. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه دارنده با متادون. فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی، ۴(۷): ۲۳-۱.

- امانی، احمد؛ ذاکر، باقر ثنایی؛ نظری، علی محمد؛ نامداری پژمان، مهدی. (۱۳۹۰). اثر بخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و دلبستگی درمانی در دانشجویان مرحله عقد. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۲): ۱۹۱-۱۷۱.

- جعفری، اصغر؛ پویا منش، جعفر؛ قربانیان، ناصر؛ کبیری، مهسا. (۱۳۹۲). اثر بخشی طرح واره درمانی در تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. فصلنامه آموزش و ارزیابی، ۶(۲۴): ۹۱-۷۹.

- اویسی، عباسعلی. (۱۳۹۱). مقایسه ی طرح واره های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۵۴): ۱۷۱-۱۶۴.

- جهانگیری، محمد مهدی؛ صالحی، مهدیه؛ عشایری، حسن؛ پاشا شریفی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسواس جبری

- پرنیان خوی، مریم؛ بافنده قراملکی، حسن؛ شالچی، بهزاد. (۱۳۹۵). مقایسه ی کارکرد توجه پایدار در افراد وابسته به مت آمفتامین، هروئین و افراد عادی. اعتیاد پژوهی. ۱۶۲-۱۴۷.

- مقاوم به درمان. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۲(۲): ۲۷-۱۳.
- خلیل زاده، نوراله، میکائیلی، منیع فرزانه، عیسی زادگان، علی (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی (۱۱) ۴:
- زرگر، محمد؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمدرضا؛ صلواتی، مژگان. (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله ای اجتنابی در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار. فصلنامه روانشناسی کاربری، (۵) ۱: ۶۹-۸۴.
- زره پوش، اصغر؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عسگری، کریم؛ عابدی، محمدرضا؛ صادقی، هسینجه امیرحسین. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۴): ۲۹۱-۲۸۵.
- عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲(۹۵): ۶۱-۵۰.
- علوی لنگرودی، سید کاظم؛ نیکزاد مقدم، مریم (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تاثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان. طلوع بهداشت (۱۴) ۱: ۱-۱۱.
- فری، م. (۱۳۸۴). راهنمای علمی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام، تهران: رشد.
- قندهاری، آرش؛ دهقانی، اکرم (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون. اعتیاد پژوهی (۱۱) ۴: ۱۶۹-۱۸۶.
- منتظری محمدصادق، کاوه فارسانی ذبیح الله، مهربانی حسینعلی، شکیبا عباس. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش آموزان پسر شهرستان فلاورجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳ (۹۸): ۱۷۹-۱۸۸.
- موسوی، مرضیه؛ محمدخانی، پروانه؛ کاویانی، حسین؛ دلاور، علی. (۱۳۸۵). اثر بخشی زوج درمانی سیستمی رفتاری بر کارکرد خانواده و اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسردگی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲: ۱۹-۵.
- نورزوی، محمدرضا؛ بینازاده، محمد؛ نادری، شهرام؛ صفاتیان، سعید. (۱۳۸۴). خودآموز درمان اعتیاد. تهران: انتشارات پیشگامان توسعه.
- هالچین، ریچاردپی؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی (دیدگاههای

- Ball, S. A. (1998). *Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy*. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 883-891.
- Ball, S. A., Young, J. E. (2000). *Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (3), 270
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T; Wright, F.D; Newman, C. F; & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Brummett, B, R. (2007). *Attachment style, early maladaptive schemas, coping selfefficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone- maintenance treatment*. NewYork: Fordham University Press.
- Cecero, J. Nelson, J. & Gillie, J. (2004). *Tools and Tenets of schema Therapy: Toward the construct validity of Early maladaptive schema Questionnaire – Research Version (EMSQ – RV)*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344- 357.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and Sons. Inc.
- Cramer, P. (2003). *Personality change in later adulthood is predicted by defense mechanism use in early adulthood*. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 76–104.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). *Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes*. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.
- Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S., & Endicott, J. (2002). *Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence*. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 375-380.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524
- Huibers, M. (2011). *CS05-02- Schema therapy for chronic depression*. *European Psychiatry*, 26, 1783.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M., & Trafton, J. A. (2008). *The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose*. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1170-1175.

- Jupp, B., & Dalley, J. W. (2014). Behavioral endophenotypes of drug addiction: etiological insights from neuroimaging studies. *Neuropharmacology*, 76, 487-497.
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164-1176.
- Kassel, J.D., Wardle, M., & Roberts, J.E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164-1176.
- Kirisci, L., Tarter, R., Ridenour, T., Reynolds, M., Horner, M., & Vanyukov, M. (2015). Externalizing behavior and emotion dysregulation are indicators of transmissible risk for substance use disorder. *Addictive behaviors*, 42, 57-62.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Lee SJ, Choi YH, Rim HD, Won SH, Lee DW. (2015). Reliability and validity of the Korean Young Schema Questionnaire-short form-3 in medical students. *Psychiatry investigation*, 12(3):295-304.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1115-1127.
- Mokri, A., Ekhtiari, H., Edalati, H., Ganjgahi, H., & Naderi, P. (2008). Relationship between craving intensity and risky behaviors and impulsivity factors in different groups of opiate addicts. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, 14(3), 258-68.
- MOR, N., & Winqvist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638-662.
- Nazari, F., kakavand, A., Mashhadi Farahani, M. (2015), The relationship between early maladaptive schemas and mothers' parenting styles and children's external disorders. *Applied Psychology*, 9 (2), 115-135.
- Nickel, R., & Egle, U.T. (2006) Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Negl*, 30(2), 157-70.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 25(2), 223-249.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?. *Psychological Bulletin*, 102(3), 357-389.
- Renner, F., Lobbstaël, J., Peeters, F., Arntz, A., & 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.

- Rooke, S. E., Hine, D. W., & Thorsteinsson, E. B. (2008). *Implicit cognition and substance use: A meta-analysis. Addictive behaviors, 33(10), 1314-1328.*
- Shaghaghy, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., Soltanynejad, A. (2011). *The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. Kerman University of medical sciences and health services. Scientific Research Journal, 3 (1-2), 45-52*
- Sheffield, A. Waller, Glen; Emanuelli, Francesca; Murrey, James. & Meyer, Caroline.(2005). *Link between parenting and core belief: preliminary psychometric, validation of young parenting inventory. Cognitive Therapy and Research, 29(6), 787-802.*
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). *Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?. Journal of Cognitive Psychotherapy, 15(3), 253-272.*
- 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.*
- Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, et al. (2015). *Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. Behavior Therapy, 46(2):193-205.*
- Vakalahi, H. F., Harrison, R. S., & Janzen, F. V. (2000). *The influence of family-based risk and protective factors on adolescent substance use. Journal of Family Social Work, 4(1), 21-34.*
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). *The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 519-530.*
- Williams, S. K., & Kelly, F. D. (2005). *Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. The Journal of Early Adolescence, 25(2), 168-196.*
- Young, J. and Mattila, D. E. (2002). *Schema-focused therapy for depression In: comparative treatments of depression. Springer publishing. 291- 316*
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press.*
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A Schema focused approach. Sarasota, Professional resource press.*
- Young, J. E., Klosko, G., & Yeshar, M. (2003). *Schema therapy. New York: Guilford, 120-2760.*