

بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی نایمن در افراد وابسته به هروئین

محمد اورکی^۱، افسانه درتاج^۲، آتوسا مهدی‌زاده^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی نایمن در مردان وابسته به هروئین بود. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۴۴ مرد وابسته به هروئین انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۲ نفر) و گروه گواه (۲۲ نفر) گمارده شدند. در این مطالعه، گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی قرار گرفت و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه طرحواره‌یانگ فرم کوتاه و پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون کامل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، طرحواره‌درمانی توانست طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا را به شکل معناداری نسبت به گروه گواه کاهش دهد. **نتیجه‌گیری:** طرحواره‌درمانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در مردان وابسته به هروئین را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی نایمن

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیکی: orakisalamat@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن‌ها، پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است (روک، هاین، و توراشتینسون، ۲۰۰۸). از موارد مهمی که محققان در بحث جلوگیری از عود مجدد اعتیاد مطرح می‌کنند عوامل روحی و روانی است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که عوامل شخصیتی متعددی در گرایش به مصرف مواد وجود دارند (کرامر^۱، ۲۰۰۰؛ نیکل و ایگل^۲، ۲۰۰۶). یکی از عواملی که در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر دارای اهمیت می‌باشد، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ است. بنابر نظر یانگ^۵ (۱۹۹۴) یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی، طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد که در نتیجه تجارب دوران کودکی فرد شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند، و به شدت ناکارآمد می‌باشند. یانگ (۱۹۹۴) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها به ویژه آن‌هایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته اصلی اختلال شخصیت، و بسیاری از اختلالات روان‌شناختی باشند. برومت^۶ (۲۰۰۷) با بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران سرپایی درمان با نگهداری متادون دریافت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند. شقاقی، صفاری‌نیا، ایران‌پور، و سلطانی‌نژاد (۲۰۱۱) نشان دادند که معتادان از سطوح بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند. اویسی (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان نشان داد افراد وابسته به مواد در حوزه‌های طرحواره‌های بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی، نمره بالاتری دارند. منصوری جلیلیان و یزدان‌بخش (۱۳۹۳) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگاری چون بی‌اعتمادی، بدرفتاری،

1. Rooke, Hine, & Thorsteinsson
2. Cramer
3. Nickel, & Egle

4. Early Maladaptive Schemas
(EMS)
5. Young
6. Brummett

وابستگی و خود انضباطی ناکافی از جمله پیش‌بینی کننده‌های گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان است.

یکی دیگر از عواملی که ممکن است در وابستگی به مواد مخدر نقش داشته باشد، سبک‌های دلبستگی^۱ است. اینثورت^۲ و همکاران (۲۰۱۵) سه سبک دلبستگی ایمن^۳، نایمن اجتنابی^۴ و نایمن دوسوگرا^۵ را تشخیص دادند. سبک‌های دلبستگی روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متاثر می‌سازد (کوباک و اسگری، ۱۹۸۸). از آنجا که یکی از کارکردهای اولیه دلبستگی، تنظیم درون فردی تجربه‌های عاطفی است، افراد با دلبستگی ایمن به دنبال حمایت‌های اجتماعی برای کنار آمدن با تنیدگی‌های عاطفی هستند. در حالی که افراد با دلبستگی نایمن تمایل دارند که از راهکارهای ناسازگارانه‌ای مانند مصرف الکل یا مواد مخدر به عنوان سبک‌های دفاعی برای فایق آمدن بر مشکلات و حالت‌های خلقی ناخوشایند خود استفاده کنند (مک‌نلی، پالفای، لوین، و مور، ۲۰۰۳). خیری، عبداللهی، و شاهقلیان (۱۳۹۲) نشان دادند که افراد معتاد در سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا نسبت به افراد سالم نمرات بیشتری کسب کردند. کاسل، واردل، و روبرتز^۸ (۲۰۰۷) ارتباط معکوس معناداری بین سبک دلبستگی ایمن و احتمال مصرف مواد در دانشجویان به دست آوردند. بشارت، غفوری، و رستمی (۱۳۸۶) نشان دادند که بین سبک‌های دلبستگی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی و سبک‌های دلبستگی افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد، همچنین بین سبک‌های دلبستگی نایمن با شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی همبستگی مثبت وجود دارد. در همین زمینه گرمی و جشن‌پور (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که میانگین نمرات سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد سوء مصرف کننده مواد بالاتر از افراد بهنجار است. این یافته در پژوهش‌های دیگر مانند ویلیامز و کلی^۹ (۲۰۰۵)، ثروبرگ و لیورس^{۱۰}

1. attachment styles
2. Ainsworth
3. Secure
4. avoidant unsafe
5. ambivalent

6. Kobak, & Sceery
7. McNally, Palfai, Levine, & Moore
8. Kassel, Wardle, & Roberts
9. Williams, & Kelly
10. Thorberg, & Lyvers

(۲۰۱۰)، پالک و زیاک^۱ (۲۰۱۳) تکرار شده است. در پژوهش دیگری کسل، واردل و رابرت^۲ (۲۰۱۴) عنوان کرده‌اند که سبک‌های دلبسته‌ناایمن از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده مهم برای مصرف مواد محسوب می‌شوند.

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی بر روی بیماران مبتلا به اختلال‌های اعتیادی صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی موثر بوده‌اند و بازگشت مجدد مصرف مواد را به همراه داشته‌اند. طرحواره‌درمانی که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره‌رمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی‌گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، کلوساکو، و ویشار، ۱۳۸۶). طرحواره‌درمانی می‌تواند درمان انتخابی برای بسیاری از اختلالات به ویژه افراد مبتلا به مشکلات منش شناختی دیرپا باشد. علاوه بر این برای درمان مجرمان جنایی و همچنین درمان و پیشگیری از عود در بین مصرف‌کنندگان مواد نیز گزینه مناسبی است. در این روش درمان‌گران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی در مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر رویرو می‌کنند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند باعث کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار گردد (جهانگیری صالحی، عشایری، و پاشا شریفی، ۱۳۹۴؛ تاجیک‌زاده فخری، زارع، نظیری، و افشاری، ۱۳۹۴).

سیسرو، نلسون، و گیلی^۳ (۲۰۰۴) در طی یک پژوهش نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار بازداری هیجانی، ره‌اشدگی و محرومیت هیجانی در بزرگسالی دلبستگی‌ایمن را به مخاطره می‌اندازند؛ هر چند برخی پژوهش‌ها مانند خسروی، خضری مقدم، و عابدی (۲۰۱۵)، لاوسون، بارنس، مدکینز، و فرانکوئیس-لامونت^۴ (۲۰۰۶) و ویلهلمسون

1. Paulk, & Zayac
2. Kassel, Wardle, & Robert
3. Cecero, Nelson, & Gillie

4. Lawson, Barnes, Madkins, & Francois-Lamonte

گوستاس، وایبرگ، براس، انگکاشتروم، و کجلین^۱ (۲۰۱۴) نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر سبک‌های دلبستگی ایمن و کاهش دلبستگی اجتنابی و دو سوگرا تاثیر دارد. با این وجود امانی، ثنایی ذاکر، نظری، و نامداری (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند دلبستگی درمانی بر کاهش سبک‌های دلبستگی نایمن موثر بود ولی طرحواره‌درمانی این چنین نبود. بنا براین پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد طرحواره محور که درمانی نوین در زمینه اختلالات مزمنی همچون اعتیاد به مواد مخدر است، سعی دارد به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار در افراد وابسته به هروئین بپردازد و همچنین اثربخشی این رویکرد را بر روی طرحواره‌های ناسازگار، سبک‌های دلبستگی نایمن در این بیماران بررسی کند. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا طرحواره‌درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی نایمن در افراد وابسته به هروئین موثر است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی بود. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد و مردان وابسته به هروئین به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان وابسته به هروئین که در فاصله ماه‌های فروردین تا خرداد ۹۵ به یک کلینیک ترک اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده بودند می‌شد. از بین افراد یاد شده نمونه‌ای به حجم ۹۰ نفر انتخاب شد. پس از غربال‌گری با استفاده از مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای ورود به نمونه نهایتاً ۴۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۲ نفر برای گروه آزمایش و ۲۲ نفر برای گروه کنترل) گمارش شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دریافت تشخیص وابستگی به هروئین توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، سطح تحصیلات حداقل

اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۴ سال. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلاء به اختلال‌های روانی دیگر (نظیر اسکیزوفرنی، اختلال وسواس، و اختلالات شخصیتی)، ابتلاء به اختلال نورولوژیک، ابتلاء به عقب‌ماندگی‌های ذهنی، مصرف الکل، مصرف داروهای ضد ولع یا سم‌زدایی، و مصرف داروهای ضد افسردگی، انصراف از شرکت در جلسات.

ابزار

۱- پرسش‌نامه طرحواره یانگ- فرم کوتاه: ابزاری خودگزارشی به منظور سنجش طرحواره‌ها است. دارای ۷۵ گویه بوده و ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه مشخص می‌نماید. فرم کوتاه بیشتر در پژوهش‌ها به کار می‌رود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن صرف می‌شود. پژوهش‌های متعددی خصوصیات روان‌سنجی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (استوپا، تورن، واترز، و پرستون، ۲۰۰۱). در ایران یوسفی و شیرباغی (۲۰۱۰) خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه را مورد تأیید 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 ۰/۹۹ و ۰/۸۶، در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۲- مقیاس دلبستگی بزرگسال هازن و شیور: ایم مقیاس توسط بشارت (۲۰۱۱) در دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. مقیاسی ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= 1، کم= 2، متوسط= 3، زیاد= 4، و خیلی زیاد= 5) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در خرده‌مقیاس‌های آزمون به ترتیب 5 و 25 می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ محاسبه شد. در این پژوهش سئوالات مربوط به سبک‌های دلبستگی ناایمن شامل دلبستگی ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا به کار برده شد. در

مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ به دست آمد.

روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی، جلسات طرحواره‌درمانی در گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. جزئیات مداخله در گروه طرحواره‌درمانی به تفکیک جلسات به شرح ذیل بود.

در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی 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 تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین 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.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
طرحواره‌های ناسازگار	پیش آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۱۰/۶۶)(۱۰/۱۴)	(۳/۸۰)(۴/۲۱)
اولیه	پس آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۱۱/۱۷)(۴/۵۷)	(۴/۶۸)(۴/۱۷)
سبک دلبستگی ناایمن	پیش آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۳/۰۰)(۳/۸۷)	(۱/۰۶)(۲/۱۴)
اجتنابی	پس آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۳/۰۰)(۳/۰۰)	(۱/۶۵)(۲/۱۷)
سبک دلبستگی ناایمن	پیش آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۲/۵۳)(۳/۰۷)	(۱/۹۱)(۱/۹۲)
دوسوگرا	پس آزمون	(گواه) (آزمایش)	(۲/۴۷)(۲/۴۰)	(۱/۶۸)(۱/۵۹)

برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع می‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($Z= 1/23, P>0/05$)، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی ($Z= 0/99, P>0/05$)، و سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا ($Z= 1/17, P>0/05$) این مفروضه برقرار است. بررسی مفروضه‌ی دیگر تحلیل کواریانس، یعنی همگنی ضرایب رگرسیون نشان داد در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F= 4/90, P>0/05$)، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی ($F= 3/20, P>0/05$)، و سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا ($F= 2/12, P>0/05$) این مفروضه برقرار است. همچنین برابری واریانس‌های خطا با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F= 3/94, P>0/05$)، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی ($F= 5/41, P>0/05$)، و سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا ($F= 2/43, P>0/05$) این مفروضه برقرار است. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ($0/80 = \text{اندازه اثر}, F=80/06, P<0/001, \lambda=0/22$)، به بیان دیگر

طرحواره‌درمانی بر ترکیب خطی متغیرها موثر بوده است. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت طرحواره‌درمانی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه - آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۲۱۶۱۲/۰۹	۱	۲۱۶۱۲/۰۹	۱۲۶/۲۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۹
دل‌بستگی نایمن اجتنابی	۸/۴۹	۱	۸/۴۹	۳/۴۳	۰/۰۵	۰/۳۲
دل‌بستگی نایمن دوسوگرا	۷/۲۰	۱	۷/۲۰	۳/۲۳	۰/۰۵	۰/۲۶

بنابراین بر اساس نتایج ارائه شده می‌توان گفت، طرحواره‌درمانی باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در افراد وابسته به هروئین شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و سبک‌های دل‌بستگی نایمن در افراد وابسته به هروئین بود. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی توانست طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد وابسته به هروئین کاهش دهد. این نتیجه با یافته‌های پیشین (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۴؛ تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴) گیسون بلو و همکاران (۲۰۰۶)؛ قادری و همکاران (۱۳۹۵)؛ روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)) همسو بود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری طرحواره‌های فرد موثر بوده و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورد. بنابراین اعتیاد به عنوان یکی از آسیب‌هایی که قادر است تاثیر مهمی بر رابطه فرد با خود و دیگران داشته باشد، می‌تواند بر پایه این بنیادهای ناکارآمد شکل گرفته و سازمان یابد. طرحواره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیر مستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات

بین فردی و مانند آن می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال خاصی نمی‌شوند، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهند (هالجین، و ویتبورن، ۱۳۸۴). تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد باورها و نگرش‌های ناکارآمد را طی یک دوره طولانی مدت پرهیز دارند و همچنین این باورها و نگرش‌ها با مصرف مزمن شدت بیشتری پیدا کنند (ریسو و همکاران، ۲۰۰۳). بسیاری از درمان‌جویان دچار سوء‌مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند (بک و همکاران، ۱۹۹۳). این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظاراتها، باورهای انتظار و باورهای فرد در زمینه مصرف مواد تشکیل می‌دهند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره لذت‌طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است که احتمال دارد در دوره کودکی فرد شکل گرفته باشند (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

تصور می‌شود که سوء‌مصرف مواد یکی از راهبردهای کنار آمدن است که فرد برای دوری از تأثیر منفی طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته شده به کار می‌برد. به عنوان مثال طرحواره‌های ناسازگاری مانند بی‌اعتمادی که به حوزه طرد مربوط می‌شود به اعتقاد یانگ در خانواده‌های سرد، مزوی تندخو و غیر قابل پیش‌بینی و بدرفتار دیده می‌شود. بنابراین افرادی که در چنین فضاها خانواده‌گی رشد می‌کنند، طرحواره‌های ناسازگار در آن‌ها شکل گرفته و به دلیل باور به آسیب‌رسان بودن دیگران و بی‌اعتمادی به آن‌ها در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و برای حل مسئله و رسیدن به آرامش به مصرف مواد روی می‌آورند. هدف طرحواره‌درمانی این است که طرحواره‌های 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 نمی‌کنند و رفتارهای کنار آمدن انطباقی‌تر را ایجاد می‌کنند، همسازی کند (یانگ، کلوساکو، و ویشار، ۱۳۸۶). در حمایت از این فرضیه، الگوی درمانی طرحواره محور دو جانبه (بال، 1998؛ بال و یانگ، ۲۰۰۰) اعتیاد را اختلالی اولیه می‌داند، این اختلال همچنین فعال شدن طرحواره‌ها و اجتناب سازگارانه را به عنوان عواملی که زمینه‌ساز

تداوم یا خطر عود، در افراد دارای مشکلات معنادار شخصیتی، معرفی می‌کند. طر حواره‌ها ممکن است هسته آسیب‌شناسی و اختلال‌های روانی باشند. از این رو اصلاح طر حواره‌ها می‌تواند راهی برای دستیابی به بهبود بالینی دیرپا باشد (احمدیان گرجی، فتی، اصغرنژاد فرید، و ملکوتی، ۱۳۸۷).

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که طر حواره‌درمانی باعث کاهش دلبستگی‌های ناایمن اجتنابی و دوسوگرا شد. این یافته با تحقیق خسروی و همکاران (۲۰۱۵)؛ لاوسون و همکاران (۲۰۰۶)؛ و ویلهامسون و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. هر چند با یافته‌های امانی و همکاران (۱۳۹۰) همخوان نبود. سبک‌های دلبستگی نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی افراد در مراحل مختلف زندگی و پیشگیری از ورود آن‌ها به مصرف مواد و اعتیاد به مواد دارند (نیکرسون و نگل، ۲۰۰۵؛ پارکر و آشر، ۱۹۸۷). سبک‌های دلبستگی به عنوان یک عامل تحولی، نقش تعیین‌کننده و مهمی در رشد گرایش‌های شخصیتی و شکل‌گیری شخصیت دارند. به طوری که کارلسون و سروف^۳ (۱۹۹۵) کنش سازمانی نظام دلبستگی را در یکپارچه ساختن مولفه‌های عاطفی، انگیزشی، شناختی، و رفتاری با اهمیت دانستند. ویلیامز و کلی (۲۰۰۵) نشان دادند که نوجوانانی که تعامل کمتری با پدران خود دارند و دارای دلبستگی ناایمن هستند، مشکلات رفتاری مختلفی نشان می‌دهند و این امر می‌تواند زمینه‌ای جهت گرایش آنان به سمت آسیب‌های اجتماعی از جمله مواد مخدر باشد. به نظر می‌رسد افراد با سبک‌های دلبستگی ناایمن برای فرونشانی عواطف، احساسات منفی و رویدادهای آسیب‌زایی که تجربه می‌کنند، بیش از افراد با سبک دلبستگی ایمن از سوءمصرف مواد به عنوان یک مکانیزم خود‌درمانی استفاده می‌کنند. کم‌توجهی و عدم مراقبت لازم در دوران کودکی و نوجوانی، کمبودهای تجربه شده، احساس تنهایی و اندوه، احساس خصومت و عدم توانایی در برقراری ارتباط، می‌توانند فرد را در مراحل بعدی زندگی به سمت مصرف مواد سوق دهند (مهرابی‌زاده هنرمند، شهنی بیلاق و فتحی، ۱۳۸۷). نبود تعامل مناسب بین کودک و مادر، محرومیت

عاطفی در دوران کودکی، سهل‌انگاری پدر در ارتباط با احتیاجات عاطفی فرزند در دوران بلوغ، نبود تکیه‌گاهی که نیازهای مراقبتی و رشدی او را برآورده سازد، والدین غیر پاسخگو، اعتماد کم و فاصله زیاد بین والدین و فرزند، انتقادات بی‌شمار و انتظارات خارج از توان همگی دست به دست هم می‌دهند و جوان را به سمت مواد مخدر می‌کشانند (واکالاهی، هریسون، و جانزن، ۲۰۰۰).

یک فرض زیربنایی و اساسی نظریه بالبی این است که در فرد بزرگسال تنیدگی‌های جسمانی یا روان‌شناختی به طور خود به خودی نظام دلبستگی دوران کودکی را فعال می‌کنند. ادراک یک تهدید احتمالی یا واقعی در بزرگسالی، منجر به فعال شدن نظام دلبستگی کودکی می‌شود. وقتی نظام دلبستگی فعال می‌شود، با توجه به نوع سبک دلبستگی موجود در فرد، وی به دنبال راهی است که در دسترس بوده و امنیت‌جویی او را برآورده می‌سازد. نظام دلبستگی تحت شرایط و حالت‌های مختلف از جمله تنیدگی‌ها و تهدیدهایی فعال می‌شود و فرد را به سمت یافتن راه حل متناسب با سبک دلبستگی فرد، سوق می‌دهد (ارنس، سی‌چانوسکی، و کاتون، ۲۰۱۲). بنابراین احتمال مجموعه رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد در دلبسته‌ناایمن بالا است (کاسل و همکاران، ۲۰۰۷).

یانگ طرحواره‌درمانی را برای تشریح ارتباط والدین-آسیب‌شناسی ارائه کرده است و اساس نظری آن بر برخی مفاهیم و تحقیقات، بر مبنای تئوری دلبستگی قرار دارد و پیشنهاد شده یک میانجی بالقوه در روابط والدین و بروز آسیب‌شناسی فرزندان، ایجاد طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و یا باورهای هسته‌ای منفی در فرزندان است (شفیلد^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). یانگ معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین مولفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیر شرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید و این طرحواره‌های غیر شرطی، آسیب‌پذیری

و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهند (یانگ، ۱۹۹۴). در طرحواره‌درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. در طرحواره‌درمانی درمانگر به بیمار کمک می‌کند انتخاب‌های سالم تری انجام دهد، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان زندگی را کنار بگذارد (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶).

در نهایت با توجه به نتایج مورد بحث قرار گرفته این پژوهش، می‌توان ادعا کرد که طرحواره‌درمانی منجر به اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی ناایمن افراد وابسته به هرئین می‌شود و بدین ترتیب می‌تواند زمینه بهبودی وابستگی به مواد را فراهم آورد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های درمانی وابستگان به مواد مخدر مداخله‌های طرحواره‌درمانی گنجانده شود. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که فقط بر روی افراد وابسته به هرئین مرد اجرا شده؛ به علاوه بر روی نمونه جستجو کننده درمان انجام شده است. در تعمیم‌پذیری نتایج دارای محدودیت است.

منابع

- احمدیان گرجی، معصومه؛ فتی، لادن؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر و ملکوتی، سید کاظم (۱۳۸۷). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴۰)، ۵۹-۴۹.
- امانی، احمد؛ ثنایی ذاکر، باقر؛ نظری، علی محمد و نامداری، پژمان مهدی (۱۳۹۰). اثر بخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و دلبستگی‌درمانی در دانشجویان مرحله عقد. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲)، ۱۹۱-۱۷۱.
- اویسی، عباسعلی (۱۳۹۱). مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۴)، ۱۷۱-۱۶۴.
- بشارت، محمد علی؛ غفوری، بهاره و رستمی، رضا (۱۳۸۶). مقایسه سبک‌های دلبستگی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و افراد غیرمبتلا. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۳۱(۳)، ۲۷۱-۲۶۵.

تاجیک زاده، فخری؛ زارع، ایرج؛ نظری، قاسم و افشاری، رامین (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگره دارنده با متادون. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۷)، ۲۳-۱.

جهانگیری، محمد مهدی؛ صالحی، مهدیه؛ عشایری، حسن و پاشا شریفی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وسواس جبری مقاوم به درمان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲(۲)، ۲۷-۱۳.

خیری، طویی؛ عبدالمی، محمدحسین و شاهقلیان، مهناز (۱۳۹۲). مقایسه هوش هیجانی، سبک دلبستگی و عزت نفس در افراد معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۲(۳)، ۸۱-۶۹.

روزبهی، مهران؛ رضایی، علی محمد و علیپور دولت آباد، آزاده (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۳)، ۳۴۶-۳۳۹.

فری، م. (۲۰۰۱). *راهنمای علمی شناخت درمانی گروهی*. ترجمه مسعود محمدی (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.

قادری، فرزاد؛ کلاتری، مهرداد و مهربی، حسین علی (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۲۸-۱.

منتظری، محمدصادق؛ کاوه فارسانی، ذبیح‌الله؛ مهربی، حسین علی و شکیبی، عباس (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر شهرستان فلاورجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۹۸)، ۱۸۸-۱۷۹.

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)، ۱۲۲-۱۰۵.

منصوری جلیلیان، افسانه و یزدان بخش، کامران (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد مخدر بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۳۲)، ۶۲-۵۱.

مهربی‌زاده هنرمند، مهناز؛ شهنی ییلاق، منیجه و فتحی، کیهان (۱۳۸۷). بررسی افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی به عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۳(۱)، ۱۷۸-۱۵۳.

- هالجن، ریچاردپی؛ ویتورن، سوزان کراس. (۲۰۰۱). آسب‌شناسی روانی (دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۴). تهران: نشر روان.
- یانگ جفری؛ کلوساکو، ژانت و ویشار، مارگوری (۲۰۰۵). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- Ahrens, K. R., Ciechanowski, P., & Katon, W. (2012). Associations between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(5), 364-370.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- 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), 270-281.
- 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.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 475-479.
- Brummett, B. R. (2007). *Attachment style, early maladaptive schemas, coping selfefficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone- maintenance treatment*. New York: Fordham University Press.
- Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: D. Cicchetti, D. J. Cohen Editors. *Theory and methods*. New Jersey, N. J.: Wiley, 135-138.
- 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.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6): 649-658.
- 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(1), 1783. DOI: 10.1016/S0924-9338(11)73487-3.
- 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.
- 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.
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Robert, J. E. (2014). Adult attachment security and college student substance. *Addictive Behaviors*, 32, 1164 -1176.
- Khosravi Farsani, A., Khezrimoghadam, N. & Abedi, M. (2015). Evaluating the effectiveness of schema therapy training in attachment type related to the mothers of preschool children in Isfahan 5th discrete from 2012 to 2013. *Iranian Journal of Positive Psychology*, 1(2), 79-84.
- 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.
- Lawson, D. M., Barnes, A. D., Madkins, J. P. & Francois-Lamonte, B. M. (2006). Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. *Journal of Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 232-237.
- 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.
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638-662.
- Nickel, R., & Egle, U.T. (2006) Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Neglect*, 30(2), 157-170. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.08.016.

- 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.
- Paulk, A., & Zayac, R. (2013). Attachment style as a predictor of risky sexual behavior in adolescents. *Journal of Social Sciences*, 9(2), 42-47.
- 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., Lobbestael, 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.
- Shaghaghay, 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. *Scientific Research Journal*, 3(1-2), 45-52
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murrey, J. & Meyer, C. (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.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 464-478.
- 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.
- 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.
- Wilhelmsson Göstas, M., Wiberg, B., Brus, O., Engström, I. & Kjellin, L. (2014). *Changes in attachment styles and interpersonal problems after different forms of psychotherapy*. PhD Thesis. Sweden: Orebro University.
- 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*. Sorasota, Proffetional resource press.
- Yousefi, N., & Shirbagi, N. (2010). Validating the Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (YEMSQ) among Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(1), 38-46.

