فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت، ص۳۲۴-۲۹۹، تابستان ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 60, P 299-324, Summer 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

تاثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب، افسردگی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد *

حسین محققی[۱]، پرویز خرقانی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۱

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی به صورت طرح تک آزمودنی با روش خط پایه چندگانه ABA بر روی شش آزمودنی که دارای اختلال مصرف مواد بودند، انجام گرفت. جامعه آماری شامل همه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان رزن (یکی از شهرستان‌های استان همدان) در سال ۱۳۹۸ بود. ابزارها شامل پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه اضطراب بک و پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. طرحواره‌درمانی در ۱۵ جلسه به صورت گروهی و فردی و در هر هفته یک جلسه اجرا شد. آزمودنی‌ها در چهار مرحله مورد آزمون قرارگرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تاثیر طرحواره‌درمانی را در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پس از گذشت ۴ ماه نشان داد ولی درکاهش نشانگان افسردگی و اضطراب از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد، ولی در نمودار ABA مقدار تغییرات در نمرات افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد حوزه دوم محسوس بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین، با مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح طرحواره‌ها و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در افراد با اختلال مصرف مواد شد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود تکنیک‌های طرحواره‌درمانی به صورت فردی برای افراد با اختلال مصرف مواد که افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد دارند، استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی، اضطراب، اختلال مصرف مواد

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان است.

۱. نویسنده مسئول: دانشیار،گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. پست الکترونیک: hm293na@gmail.com
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

مقدمه

وابستگی به مواد و تلاش برای ترک آن همیشه یک دغدغه بزرگ برای افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آن‌ها است و هر ساله هزینه‌های سنگینی در ایران صرف مبارزه یا پیشگیری و درمان آن می‌شود و گاه در کنار خسارت مالی، خسارت روانی و جانی به بدنه اجتماع وارد می‌کند (خیرآبادی، جاجرمی و بخشی‌پور، ۱۳۹۹). راهکار تولیدکنندگان مواد، درگیر کردن کل جامعه با این پدیده است که البته افراد خاص و دارای مشکلات ویژه، به سمت آن گرایش دارند. اختلال وابستگی مواد یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و عودکننده است (گریفیتس[1]، ۲۰۱۴) و شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد وابسته به مواد با وجود آگاهی از نتیجه مصرف مواد مخدر، باز به مصرف آن ادامه می‌دهد (هالجین و ویتبورن[2]، ۱۳۹۴). برخی از بیماران با سوءمصرف مواد بعد از دوره درمان دچار لغزش می‌شوند. لذا از عوامل ایجاد اعتیاد می‌توان به افسردگی[3]، اضطراب[4] و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه[5] اشاره کرد (نجاویتس، هایمن، روگلاس، هاین و رید[6]، ۲۰۱۷) و در کنار این مشکلات، استرس نیز یک مسئله جدایی‌ناپذیر در زندگی افراد وابسته به مواد است (خیرآبادی و همکاران، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش‌های جاپ و دالی[7] (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که بین اختلال افسردگی و اضطراب با اختلال مصرف مواد[8] رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج پژوهش‌های نجاوتیس و همکاران (۲۰۱۷) و میسلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور[9] (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که اختلالات خلقی و اضطرابی، به ویژه اضطراب اجتماعی و استرس پس از سانحه در نوجوانی، پیش‌بین قوی برای اختلالات مصرف مواد می‌باشند.

علی‌رغم تحقیقات صورت گرفته هنوز مشخص نیست که مصرف مواد باعث اختلالات روانی می‌شود یا مصرف مواد ناشی از این اختلالات در فرد است (پریور، میلز،

1. Griffiths
2. Halgin & Vitborn
3. depression
4. anxiety
5. early maladaptive schemas
6. Najavits, Hyman, Ruglass, Hien & Read
7. Jupp & Dalley
8. substance use disorder
9. Masley, Gillanders, Simpson & Taylor

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

راس و تیسون[1]، ۲۰۱۷). همراهی اختلالات با پدیده اعتیاد موجب خطر ابتلا به انواع بیماری‌ها، خودکشی، پیچیدگی و درمان ناموفق افراد مبتلا به مواد می‌شود. در این میان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات دارند، زیرا هسته اصلی هویت شخص را شکل می‌دهند (یانگ، کلوسکو و یشار[2]، ۱۳۹۶) و طرحوارهای حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) به دلیل توجه عمیق به حوزه کاملا فردی، می‌توانند سهم بالاتری در وابستگی به مواد داشته باشند. با وجود همبستگی مثبت میان طرحواره‌ها و اختلالات، هنوز طرحواره‌ها تنها ۱۸ درصد از واریانس برای پتانسیل علل اعتیاد را تبیین می‌کنند (گریفیتس، ۲۰۱۴). با این حال، تحقیقی در مورد این‌که آیا بعد از سال‌ها پاکی از مواد مخدر، طرحواره‌ها از شدتشان کاسته می‌شود یا خیر وجود ندارد و این‌که آیا درمان قطعی وجود دارد، هنوز جای چالش است. برای حل مشکلات افراد وابسته به مواد یکی از درمان‌های جدید طرحواره‌درمانی می‌باشد. این درمان تلفیقی از راهبردهای مداخلات شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری[3] است و رویکردی ساختارمند و سازمان‌یافته است که با مدل‌های درمانی دیگر مانند رویکردهای شناختی، گشتالت[4]، روابط شیء[5]، روان‌کاوی و سازنده‌گرایی همپوشانی دارد و در عین حال با هیچ رویکرد درمانی به طور کامل مطابقت ندارد (فارل، ریس و شاو[6]، ۱۳۹۵).

طرحواره‌درمانی بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل باورها، حالت‌های طرحواره و نقش آن‌ها در حفظ و نگهداری علائم و نگرانی‌ها متمرکز است و این حالت‌ها نشان‌دهنده وضعیت عاطفی فعلی فرد است که در یک لحظه معین فعال می‌شوند (تیلور، بی و هادوک[7]، ۲۰۱۷). بال و یانگ[8] (۲۰۰۰) معتقدند که نه تنها باورهای شناختی و فرض‌ها، بلکه فرآیندهای عاطفی و ارتباطی و ساختارهای حافظه‌ای ناکارآمد نیز پس از سال‌ها حفظ می‌شوند و در شرایط خاص بروز می‌کنند. در همین راستا، نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که افرادی که دچار افسردگی مزمن هستند، حتی پس از کنترل شدت

1. Prior, Mills, Ross & Teesson
2. Young, weishaar & Klasko
3. breaking behavioral
4. geshtalt
5. object relations
6. Farrell, Reiss & Shaw
7. Bee & Haddock
8. Ball &Young

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

افسردگی و نشانه‌های اختلال، باورهای ناکارآمد و خودآیند منفی آن‌ها ناسازگارانه است و در نتیجه افسردگی در گذر زمان افزایش پیدا می‌کند و می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی منفی به همراه بیاورد (بیلی[1] و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوزوئیس[2] و همکاران، ۲۰۰۹؛ تیلور و همکاران، ۲۰۱۷؛ تاپیا[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ بلک، دابسون، شپتیکی و دراپئو[4]، ۲۰۱۶؛ نجاویتس و همکاران، ۲۰۱۷).

افرادی که سوءمصرف مواد دارند دو برابر بیشتر از افراد عادی دچار اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌شوند و اختلال افسردگی اساسی[5] از شایع‌ترین اختلال خلقی در بین این افراد می‌باشد (لای، کلیری، سیتارتان و هانت[6]، ۲۰۱۵). اولسون، کوپر، نوگنت و رید[7] (۲۰۱۶) و روپر، دیکسون، تینول، بوث و مک‌گویر [8] (۲۰۱۰) اعتقاد دارند در موارد پیچیده و مزمن، اختلالات خلقی و اضطرابی با شدت زیادی در افراد وابسته به مواد با هم همراه هستند. همچنین، نتایج پژوهش دیکسون، لی، گراتز و تول[9] (۲۰۱۸)؛ مالوجیانوس[10] و همکاران (۲۰۱۴) و رنر[11] و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهند که در میان افراد مضطرب مصرف‌کننده مواد، اختلال خواب مشهود است و گاه نگرانی‌های شناختی بیشتر شده و در موارد مزمن هم اختلالات عمیق خواب وجود دارد و در نتیجه باعث افزایش افسردگی، ناهمگنی و عود افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد ریشه عود این افراد را باید در سازه‌هایی مانند باورهای ناکارآمد و سبک‌های مقابله و تربیت ناصحیح جستجو کرد که البته نقش طرحواره‌های ناکارآمد شاید ملموس‌تر باشد. یانگ و ماتیلا[12] (۲۰۰۲) در مدل نظری خود عنوان می‌کنند زمانی‌که طرحواره‌ها فعال می‌شوند فرد فکر می‌کند آدم شکست خورده‌ای است (باور مرکزی) و در نتیجه حالات شدیدی از ناامنی به وجود می‌آید (ذهنیت‌های طرحواره‌ای[13]) و فرد برای فرار از درد و

1. Baillie
2. Dozois
3. Tapia
4. Blake, Dobson, Sheptycki & Drapeau
5. major depressive disorder
6. Lai, Cleary, Sitharthan & Hunt
7. Olsson, Cooper, Nugent & Reid
8. Roper, Dickson, Tinwell, Booth & McGuire
9. Dixon, Lee, Gratz & Tull
10. Malogiannis
11. Renner
12. Mattila
13. schema mode

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

رنج به سمت رفتارهای ناسازگارانه، تحریف‌های شناختی و الگوهای زندگی خود آسیب‌رسان کشیده می‌شوند (مثل مصرف مواد به صورت تفننی) و موقتا آرام می‌شود (تقویت منفی). بنابراین، تمایلش برای تکرار آن عمل بیشتر می‌شود و جزء الگوهای رفتاری او می‌شود و لذا این روش را برای همیشه در زندگی ادامه می‌دهد. این الگو نیازمند شکستن و اصلاح است و تا زمانی که این چرخه منفی ادامه دارد، امید به ترک بیهوده است. طبق نظریه یانگ و ماتیلا (۲۰۰۲)، پاسخ‌های اجتنابی در برابر هیجان‌های منفی از جمله عوامل موثر در سبب‌شناسی، تداوم و عود افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌باشند. افرادی که الکل مصرف می‌کنند بیشتر از سبک اجتنابی استفاده می‌کنند، حتی نتایج یافته‌های شوری، اندرسون و استوارت[1] (۲۰۱۳) و شوری، اندرسون، استوارت و استرانگ[2] (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که همسران افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد نیز دارای الگوهای منفی و پایدار شناختی و رفتاری در تعامل با جهان بیرونی هستند. در این میان، افراد افسرده به خاطر احساسات منفی‌شان، مدام خودشان را سرزنش می‌کنند و هر چه زودتر می‌خواهند از شر این احساسات خلاص شوند و در نتیجه اولین فکری که به سرشان می‌زند (انعطاف‌پذیری شناختی کم) این است که خوردن مشروب یا مصرف مواد می‌تواند آن‌ها را آرام کند (لیهی، تیرچ و ملونی[3]، ۲۰۱۲) و به این طریق باعث تداوم و حفظ طرحواره‌ها می‌شوند. بنابراین، مشخص است که این افراد سطوح مختلفی از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را دارند و طرحواره‌درمانی ممکن است در درمان این اختلال موثر باشد.

تکنیک‌های طرحواره‌درمانی بر روی دو راهبرد زیربنایی استوار است که از آن به عنوان قلب طرحواره‌درمانی یاد می‌شود که شامل باز والدینی حد و مرز دار[4] و رویاسازی همدلانه[5] است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). رابطه عاطفی بادوام کودک و والد نقش بزرگی در سلامت شرایط روانی دارد که گاه این رابطه در افراد وابسته به مواد درست انجام نشده است در کنار آن احساس نزدیکی و همدلی با یک مراقب که پناهگاه امن روانی باشد، در فرآیند تحول نبوده است که در طرحواره‌درمانی این موارد مورد توجه

1. Shorey, Anderson & Stuart
2. Strong
3. Leahy, Tirch & Melwani
4. lemited reparenting
5. empathic confrontation

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

جدی است. تاثیر طرحواره‌درمانی در حل مشکلات پیچیده روانی در پژوهش‌ها و یافته‌های امروزی به تایید رسیده است و در موقعیت‌ها و شرایطی که یک اضطراب یا افسردگی به عنوان نشانه یا علت یک اختلال مشخص می‌شود، نقش درمانی این روش نیز وارد شده و اثربخش عمل کرده است. اما در بررسی منابع و یافته‌ها مشخص شد که به تاثیر طرحواره‌درمانی بر وابستگی به مواد کمتر اشاره شده است و در تحقیقات داخلی هم کمتر به این مهم توجه شده است. طرحواره‌درمانی می‌تواند در کنار سایر تکنیک‌های درمانی به حل مشکل افراد وابسته به مواد کمک مهمی نماید و نشانگان اضطراب و افسردگی را در آنان تقلیل دهد. در بین طرحواره‌های ناکارآمد، به نظر حوزه دوم یعنی حوزه خودگردانی و عملکرد مختل در وابستگی به مواد نقش فعالی دارند. این حوزه شامل چهار طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، خود تحول‌نیافته/ گرفتار و شکست است. در این طرحواره‌ها فرد نمی‌تواند مسئولیت‌های روزمره را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران، در حد قابل قبولی انجام دهد و ترس افراطی از این‌که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و فکر این‌که فرد نمی‌تواند از آن جلوگیری کند، بر او غالب است. فرد فکر می‌کند وجودش در دیگران ادغام شده و هویت جداگانه‌ای ندارد و باعث احساس پوچی و سردرگمی و تردید می‌شود. ضمنا فرد باور به این دارد که من شکست خواهم خورد و خود را ناموفق و ناتوان ارزیابی خواهد کرد (یانگ و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، این طرحواره‌ها به نظر زمینه‌ساز وابستگی به مواد در افراد مستعد است که البته می‌توان با کمک تکنیک‌های طرحواره‌درمانی اثر آن‌ها را تعدیل کرد. تکنیک‌ها در طرحواره‌درمانی متنوع هستند و هر کدام قسمتی یا کل سیستم طرحواره را مورد هدف درمانی قرار می‌دهند و یافته‌های پژوهشی (کوکرام، دراموند و لی[1]، ۲۰۱۰) نیز در تاثیر طرحواره‌درمانی نشان می‌دهد که ترکیب جلسات گروهی و انفرادی منجر به بهره‌وری و موفقیت‌های درمانی و تسهیل فرآیند آن می‌شود. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا اجرای طرحواره‌درمانی به صورت فردی و گروهی بر میزان افسردگی،

1. Cockram, Drummond & Lee

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

اضـــطراب و بهبود طرحواره‌های ناســـازگار اولیه در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

یکی از مسائل اصلی در افراد وابسته به مواد همسان نبودن شرایط افراد برای قرارگرفتن در یک گروه اسـت، لذا در پژوهش حاضـر از طرح نیمه‌آزمایشـی تک موردی[1] با روش خط پایه چندگانه[2] ABA اسـتفاده شـد. جامعه آماری پژوهش شـامل همه مردان مبتلا به اختلال مصـــرف مواد (صـــرفا تریاک) مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد و ســـایر مراکز درمانی شـهرسـتان رزن (واقع در اسـتان همدان) در سـال ۱۳۹۸ بود که تصـمیم به ترک مواد گرفته بودند و دوره ترک را ســپری می‌کردند. در این پژوهش، با اســتفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۹ نفر با اختلال مصـــرف مواد (تریاک) انتخاب شـــدند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: جنسـیت مرد، مصـرف صـرفا تریاک و در زمان انجام پژوهش قطع مصـرف، سـن بالای ۱۸ سـال و میزان تحصـیلات سـیکل و بالاتر. معیارهای خروج عبارت بودند از: لغزش در طی دوره پژوهش، غیبت در ســه جلســه و بیشــتر، عدم انجام تکالیف محوله و بی‌میلی به ادامه درمان. بنابراین، در ادامه ۳ نفر از آزمودنی‌ها از مسیر درمان خارج شـدند که یکی به دلیل عود و دومی و سـومی به دلیل عدم انجام تکالیف درمانی و بی‌میلی از پژوهش خارج شدند و در نهایت پژوهش با ۶ نفر به پایان رسید.

ابزار

۱- پرســـش‌نامه طرحواره یانگ[3]: جهت شـــناســـایی طرحواره‌های ناســـازگار اولیه از پرسش‌نامه‌ای که توسط یانگ (۲۰۰۳) طراحی شده، استفاده گردید. این پرسش‌نامه دارای ۹۰ گویه اسـت که برای سـنجش طرحواره‌های ناکارآمد اولیه اسـتفاده می‌شـود. در این پرسش‌نامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود با استفاده از یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای میزان موافقت خود را با هر ماده مشخص کنند. شیوه امتیازدهی به پاسخ‌ها به این صورت

1. single case experimental design
2. multiple baseline
3. Young Schema Questionnaire (YSQ)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

است که به پاسخ کاملا غلط=نمره یک، تقریبا غلط=نمره دو، متوسط=نمره سه، اندکی درست=نمره چهار، تقریبا درست=نمره پنج و کاملا درست=نمره شش داده می‌شود. افراد با نمرات بین ۵ تا ۹ طرحواره ناکارآمد ندارد. در نمرات بین ۱۰ تا ۱۴ ممکن است گاهی اوقات طرحواره فرد را درگیر نماید. نمره بین ۱۵ تا ۱۹ باعث مشکلاتی برای فرد می‌گردد. نمره بین ۲۰ تا ۲۴ یکی از طرحواره‌های مهم زندگی فرد است. نمره بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقا یکی از طرحواره‌های اصلی فرد است. این پرسش‌نامه هجده طرحواره رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، آسیب‌پذیری به ضرر، خود تحول‌نیافته، شکست، اطاعت، فداکاری، معیارهای سخت‌گیرانه، بازداری هیجانی، استحقاق، خودانضباطی ضعیف، پذیرش‌جویی، منفی‌گرایی و تنبیه را ارزیابی می‌کند که در این پژوهش ضمن اجرای کامل پرسش‌نامه، فقط طرحواره‌های حوزه دوم مد نظر بود. غیاثی، مولوی، نشاط دوست و صلواتی (۱۳۹۰) ساختار عاملی این پرسش‌نامه را در دو گروه بالینی و غیر بالینی در شهر تهران بررسی کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، میزان حساسیت تبیینی ۰/۵۱ تا ۰/۶۰ و میزان روایی همزمان ۰/۶۴ برای عامل‌های استخراج شده به دست آمد (غیاثی و همکاران، ۱۳۹۰). در مجموع، این پرسش‌نامه دارای اعتبار و روایی مناسب برای سنجش طرحواره‌های ناکارآمد است.

۲- پرسش‌نامه افسردگی بک[1]: این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انطباق دارد. این پرسش‌نامه ۲۱ گروه جمله دارد که هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. مجموع نمرات می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. این ابزار رایج‌ترین شیوه خودگزارشی افسردگی است. ضریب پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۹۳ می‌باشد که نشان از پایایی مطلوب آن است. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک، ۲۰۰۵، به نقل از حمیدی و همکاران، ۱۳۹۴). ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک

1. Beck Depression Inventory (BDI)

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

و مقیاس هامیلتون در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش شده است. همچنین، همبستگی سوالات مقیاس افسردگی بک از ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و کل سوالات ۰/۹۳ گزارش شده است (یارمحمدی واصل، ۱۳۹۱).

۳- پرسش‌نامه اضطراب بک[1]: پرسش‌نامه اضطراب بک به منظور سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علایم اضطراب است که معمولا افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. آزمودنی‌ها جهت پاسخ‌گویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلا (۰) خفیف (۱) متوسط (۲) و شدید (۳) است. بدین ترتیب، نمره فرد از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بین ۰ تا ۷ هیچ یا کمترین؛ نمره بین ۸ تا ۱۵ خفیف؛ نمره بین ۱۶ تا ۲۵ متوسط و نمره بین ۲۶ تا ۶۳ شدید می‌باشد (بک، اپستاین، براون و استیر[2]، ۱۹۸۸). در مطالعه کاویانی و موسوی (۱۳۸۷)، این آزمون دارای ضریب روایی ۰/۷۲ و ضریب پایایی ۰/۸۳ بود و ضریب روایی و پایایی آن مطلوب بود. بنابراین، این ابزار خودگزارش‌دهی قابلیت استفاده در پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی را دارا می‌باشد.

روش اجرا

جهت اجرای این طرح از دو روش گروهی و فردی استفاده شد. بدین صورت که طرحواره‌درمانی در ۱۵ جلسه به صورت تلفیقی از گروه درمانی (۹۰ دقیقه) و انفرادی (۴۵ دقیقه) در هر هفته یک جلسه اجراء شد. جلسه‌های هفتگی گروهی (گروه‌درمانی) از ساعت نه تا یازده شب (مشغله کاری گروه وابسته به مواد اجازه انجام آموزش گروهی در روز را نمی‌داد) شنبه هر هفته در یک مرکز درمانی اجاره شده و جلسه انفرادی هر روز با دو مراجع از ساعت دوازده تا ساعت دو در همان مکان اجرا شد. جلسه‌های گروهی ۱۵ جلسه و جلسه‌های انفرادی برای هر فرد هم ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. طرح درمانی این جلسه‌ها بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) برای حل مشکلات اضطرابی

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)
2. Beck, Epstein, Brown & Steer

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

و افسردگی و همچنین قواعد گروه‌درمانی با محوریت درمان طرحواره‌ای اجرا شد. موضوع جلسه‌های اول تا چهارم شامل ارزیابی اولیه (پیش‌آزمون) سنجش مشکلات، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و فرمول‌بندی هر فرد بود. موضوع جلسه‌های پنجم تا نهم شامل آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بود. موضوع جلسه‌های دهم تا دوازدهم آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره‌درمانی و موضوع جلسه‌های سیزدهم تا پانزدهم هم پیرامون چگونگی رهاسازی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و در نهایت ارزیابی تاثیر درمان (پس‌آزمون) بود. البته لازم به توضیح است که پرسش‌نامه‌ها در چهار نوبت، جلسه اول، در حین جلسات (پنجم، دهم) و در آخر درمان (جلسه پانزدهم) برای هر نفر آزمودنی اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

یافته‌ها

جهت تحلیل داده‌ها در روش ABA، از ترسیم نمودار تغییرات استفاده شد و درصد تغییرات گزارش شد. در این پژوهش اندازه‌گیری در چهار هفته اول (خط پایه)، هفته پنجم (مرحله دوم)، هفته دهم (مرحله سوم) و هفته پانزدهم (مرحله چهارم) برای افراد نمونه انجام شد که برای هر سوال پژوهشی ابتدا نمودار براساس ABA رسم شد و در ادامه هم گزارش شد. البته لازم به توضیح است که در این طرح‌ها گزارش در قالب نمودار هم کفایت می‌کند. تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی در جداول ۱ و ۲ و همچنین نمودار ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: تاثیر طرحواره‌درمانی برافسردگی

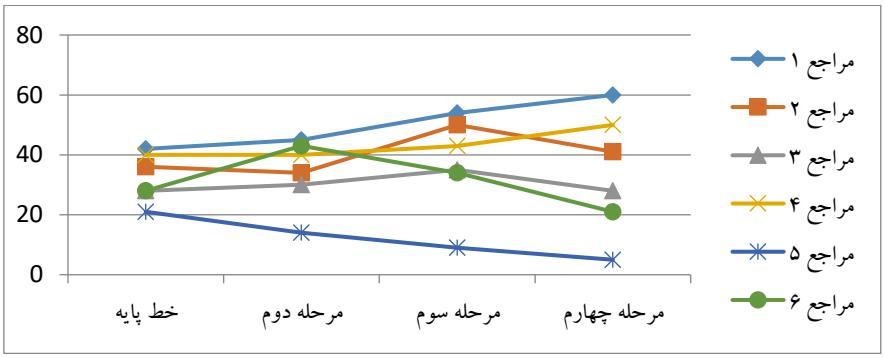
مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله آخر	
مراجع ۱	۴۲	۴۵	۵۴	۶۰	-۴۲/۸۶
مراجع ۲	۳۶	۳۴	۵۰	۴۱	-۱۳/۸۹
مراجع ۳	۲۸	۳۰	۳۵	۲۸	۰
مراجع ۴	۴۰	۴۰	۴۳	۵۰	-۲۵
مراجع ۵	۲۱	۱۴	۹	۵	۷۶/۱۹
مراجع ۶	۲۸	۴۳	۳۴	۲۱	۲۵

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

با توجه به جدول ۱ میزان بهبودی افسردگی مراجع پنجم ۷۶ درصد و مراجع ششم ۲۵ درصد بود.



نمودار ۱: میزان تاثیر طرحواره‌درمانی برافسردگی

نمودار ۱ تاثیر طرحواره‌درمانی را در کاهش علایم افسردگی در فرد پنجم را کاملا به صورت کاهشی و در فرد ششم با نوسان در مرحله دوم و سپس کاهشی، و در فرد سوم در انتها به صورت کاهشی نشان می‌دهد و در باقی افراد تغییرات افسردگی سیر نزولی نداشته است. بنابراین، نمودارها در بخشی از افراد مورد مطالعه کاهش نمرات افسردگی را نشان می‌دهند.

جدول ۲: نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی

اثر درون‌گروهی	آماره ماخلی	مجذور خی	درجه آزادی	معناداری	اپسیلون		
					گرینهوس-گریزر	هوینه و فلدت	دامنه پایین‌تر
طرحواره‌درمانی	۰/۱۵	۷/۱۸	۵	۰/۲۲	۰/۵۲	۰/۷۱	۰/۳۳

با توجه به مقادیر موجود در جدول ۲ و عدم معناداری آزمون ماخلی، کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود و در نتیجه نیازی به استفاده از سایر آزمون‌های اصلاح‌گر نیست. نتایج اثر درون‌گروهی در ادامه جدول ۲ نشان داد که طرحواره‌درمانی بر افسردگی اثر معناداری نداشته است ($p=۰/۲۵$) و در نتیجه روند تغییرات افسردگی به لحاظ آماری معنادار نبود.

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

ادامه جدول ۲: نتایج آزمون درون‌گروهی برای افسردگی بر اساس طرحواره‌درمانی

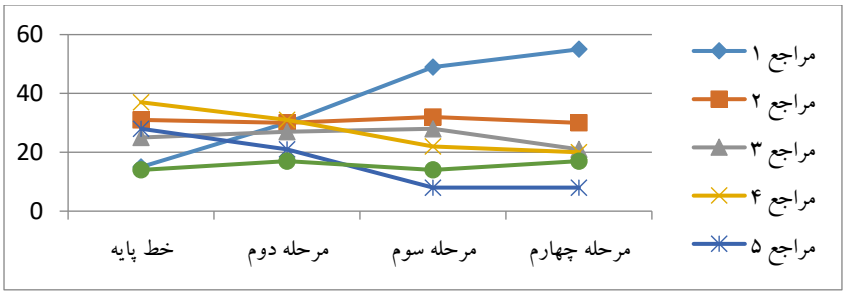
منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	کرویت	۱۵۱/۶۷	۳	۵۰/۵۶	۱/۵۴	۰/۲۵
	گرینهوس-گریزر	۱۵۱/۶۷	۱/۵۵	۹۷/۸۶	۱/۵۴	۰/۲۷
	هوینه و فلدت	۱۵۱/۶۷	۲/۱۲	۷۱/۷۰	۱/۵۴	۰/۲۶
	دامنه پایین‌تر	۱۵۱/۶۷	۱	۱۵۱/۶۷	۱/۵۴	۰/۲۷

تاثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب افراد وابسته به مواد در جداول ۳ و ۴ و نمودار ۲ ارائه شده است.

جدول ۳: تاثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب افراد وابسته به مواد

مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله آخر	
مراجع ۱	۱۵	۳۰	۴۹	۵۵	-۲۶/۶۷
مراجع ۲	۳۱	۳۰	۳۲	۳۰	۳/۲۳
مراجع ۳	۲۵	۲۷	۲۸	۲۱	۱۶
مراجع ۴	۳۷	۳۱	۲۲	۲۰	۴۵/۹۵
مراجع ۵	۲۸	۲۱	۸	۸	۷۱/۴۳
مراجع ۶	۱۴	۱۷	۱۴	۱۷	-۲۱/۴۳

با توجه به جدول ۳، میزان بهبودی از اضطراب در مراجع دوم ۳/۲۳ درصد، در مراجع سوم ۱۶ درصد، در مراجع چهارم ۴۵/۹۵ درصد و در مراجع پنجم ۷۱/۴۳ درصد بوده است که نشانگر کاهش نزولی اضطراب این افراد در ۴ مرحله درمانی است.



نمودار ۲: تاثیرطرحواره‌درمانی براضطراب

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

نمودار ۲ تاثیر طرحواره‌درمانی را در کاهش علایم اضـطراب در فرد پنجم را کاملا به صورت کاهشی، در فرد چهارم هم به صورت کاهشی با شیب کم، در فرد سوم در انتها به صـورت کاهشـی نشـان می‌دهد. در فرد شـماره دوم با اندکی تغییر کاهشـی و باقی افراد تغییرات اضطراب سیر نزولی نداشته است. بنابراین، یافته‌ها حاکی است که طرحواره‌درمانی منجر به کاهش علایم اضطراب در مراجعان دوم، سوم، چهارم و پنجم شده است. بنابراین، نمودارها در بخشی از افراد مورد مطالعه کاهش نمرات اضطراب را نشان می‌دهند.

جدول ۴: نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر اضطراب

اثر درون‌گروهی	آماره ماخلی	مجذور خی	درجه آزادی	معناداری	اپسیلون		
					گرینهوس-گریزر	هوینه و فلدت	دامنه پایین‌تر
طرحواره‌درمانی	۰/۰۰۸	۱۸/۱۵	۵	۰/۰۰۴	۰/۳۶	۰/۳۸	۰/۳۳

با توجه به مقادیر موجود در جدول ۴ و معناداری آزمون ماخلی، کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سـطح ۰/۰۵ معنادار اسـت که در نتیجه باید از آزمون‌های اصـلاح‌گر اسـتفاده نمود. با توجه به این‌که مقدار اپسـیلون برای آزمون اصـلاح‌گر گرین هوس و گیسـر کمتر از ۰/۷۵ اسـت، از این آزمون برای بررسـی فرضـیه اسـتفاده می‌شـود. نتایج اثر درون‌گروهی در ادامه جدول ۴ نشـان داد که طرحواره‌درمانی بر اضـطراب اثر معناداری نداشـت (p= ۰/۹۹) و در نتیجه، فرضـیه صـفر تایید می‌شـود و روند تغییرات اضطراب به لحاظ آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵).

ادامه جدول ۴: نتایج آزمون درون‌گروهی برای اضطراب براساس طرحواره‌درمانی

منبع		مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری
درمان	کرویت	۱۱/۷۹	۳	۳/۹۳	۰/۰۳	۰/۹۹
	گرینهوس-گریزر	۱۱/۷۹	۱/۰۸	۱۰/۹۷	۰/۰۳	۰/۸۷
	هوینه و فلدت	۱۱/۷۹	۱/۳۳	۱۰/۴۱	۰/۰۳	۰/۸۹
	دامنه پایین تر	۱۱/۷۹	۱	۱۱/۷۹	۰/۰۳	۰/۸۶

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

تاثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد وابسته به مواد در جداول ۵ تا ۹ و نمودارهای ۳ تا ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: تاثیر طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد وابسته به مواد در مرحله اول و آخر درمان

مراجع	مرحله	طرحوارهای حوزه دوم (خودگردانی وعملکرد مختل)			
		وابستگی/بی‌کفایتی	آسیب‌پذیری	خود تحول‌نیافته	شکست
اول	اول	۳۰	۲۵	۲۶	۲۴
	آخر	۲۰	۳۰	۲۷	۱۵
دوم	اول	۱۴	۱۸	۲۳	۲۰
	آخر	۲۴	۲۶	۲۰	۲۳
سوم	اول	۲۰	۱۷	۱۷	۱۷
	آخر	۲۳	۱۶	۱۶	۱۶
چهارم	اول	۲۴	۲۷	۲۵	۱۰
	آخر	۱۲	۱۶	۲۳	۱۵
پنجم	اول	۱۷	۱۶	۷	۲۱
	آخر	۹	۹	۵	۹
ششم	اول	۲۲	۲۳	۲۶	۱۷
	آخر	۱۷	۱۶	۱۸	۱۲

نتایج تحلیل داده‌های جدول ۵ نشـــان می‌دهد که در مراجع اول پس از مداخله، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه وابستگی/ بی‌کفایتی و شکست؛ در مراجع دوم طرحواره‌های ناکارآمد خود تحول نیافته؛ در مراجع ســـوم طرحواره خود تحول‌نیافته؛ در مراجع چهارم طرحواره‌های ناکارآمد وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری و خود تحول‌نیافته؛ در مراجع پنجم در تمام طرحواره‌های ناکارآمد؛ و در مراجع شـــشـــم تمام طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بهبود یافته‌اند که در نمودارها و جداول زیر نوع تغییرات و درصد بهبودی به تفکیک هر طرحواره مشخص است.

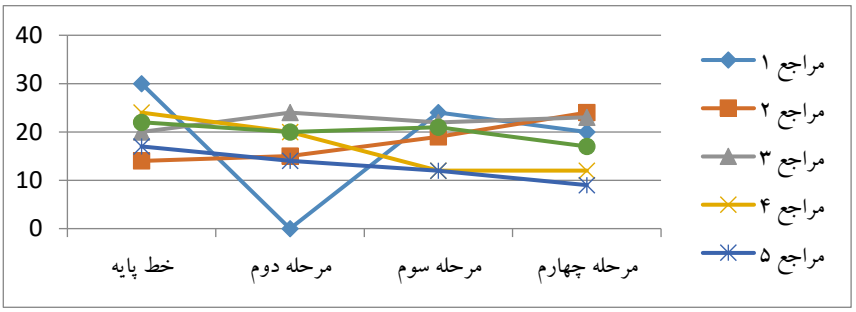
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

جدول ۶: تعیین میزان بهبودی طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی

مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	
مراجع ۱	۳۰	۰	۲۴	۲۰	۳۳/۳۳
مراجع ۲	۱۴	۱۵	۱۹	۲۴	-۷۱/۴۳
مراجع ۳	۲۰	۲۴	۲۲	۲۳	-۱۵
مراجع ۴	۲۴	۲۰	۱۲	۱۲	۵۰
مراجع ۵	۱۷	۱۴	۱۲	۹	۴۷/۰۶
مراجع ۶	۲۲	۲۰	۲۱	۱۷	۲۲/۷۳

با توجه به نتایج جدول ۶، درصد بهبودی طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی در مراجع اول ۳۳/۳۳ درصد، در مراجع چهارم ۵۰ درصد، در مراجع پنجم ۴۷/۰۶ درصد و در مراجع ششم ۲۲/۷۳ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.



نمودار ۳: روند بهبودی طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی

جدول ۷: تعیین میزان بهبودی طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری

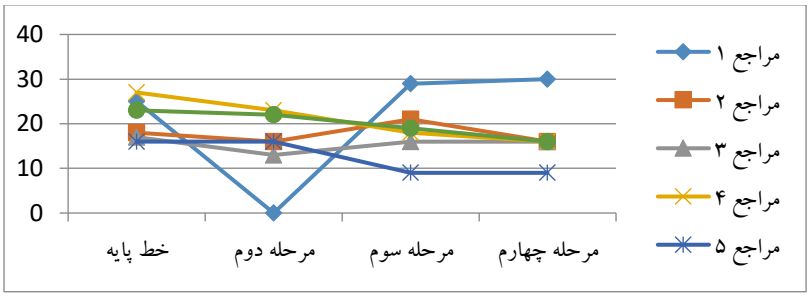
مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	
مراجع ۱	۲۵	۰	۲۹	۳۰	-۲۰
مراجع ۲	۱۸	۱۶	۲۱	۱۶	۱۱/۱۱
مراجع ۳	۱۷	۱۳	۱۶	۱۶	۵/۸۸
مراجع ۴	۲۷	۲۳	۱۸	۱۶	۴۰/۷۴
مراجع ۵	۱۶	۱۶	۹	۹	۴۳/۷۵
مراجع ۶	۲۳	۲۲	۱۹	۱۶	۳۰/۴۳

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

با توجه به نتایج درصد بهبودی در جدول ۷، طرحواره آسیب‌پذیری به ضرر در مراجع دوم ۱۱/۱۱ درصد، در مراجع سوم ۵/۸۸ درصد، در مراجع چهارم ۴۰/۷۴ درصد، در مراجع پنجم ۴۳/۷۵ درصد و در مراجع ششم ۳۰/۴۳ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.



نمودار ۴: روند بهبودی طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری

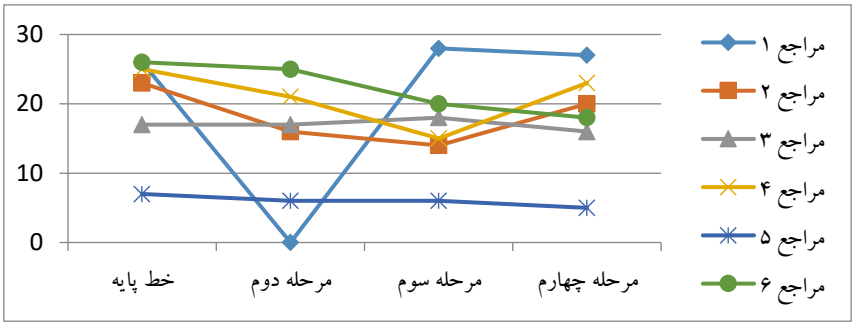
جدول ۸: تعیین میزان بهبودی طرحواره خودتحول‌نیافته/گرفتار

مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	
مراجع ۱	۲۶	۰	۲۸	۲۷	-۳/۸۵
مراجع ۲	۲۳	۱۶	۱۴	۲۰	۱۳/۰۴
مراجع ۳	۱۷	۱۷	۱۸	۱۶	۵/۸۸
مراجع ۴	۲۵	۲۱	۱۵	۲۳	۸
مراجع ۵	۷	۶	۶	۵	۲۸/۵۷
مراجع ۶	۲۶	۲۵	۲۰	۱۸	۳۰/۷۷

با توجه به نتایج درصد بهبودی در جدول ۸، طرحواره خود تحول‌نیافته در مراجع دوم ۱۳/۰۴ درصد، در مراجع سوم ۵/۸۸ درصد، در مراجع چهارم ۸ درصد، در مراجع پنجم ۲۸/۵۷ درصد و در مراجع ششم ۳۰/۷۷ درصد است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

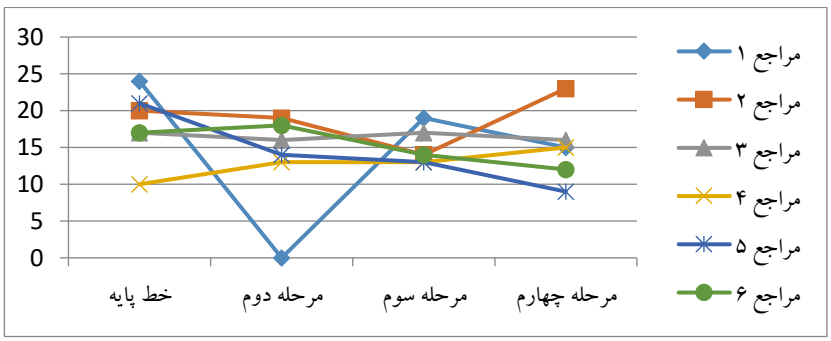


نمودار ۵: روند بهبودی طرحواره خود تحول‌نیافته/ گرفتار

جدول ۹: تعیین میزان بهبودی طرحواره شکست

مراجع	مراحل درمانی				میزان بهبودی
	خط پایه	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	
مراجع ۱	۲۴	۰	۱۹	۱۵	۳۷/۵۰
مراجع ۲	۲۰	۱۹	۱۴	۲۳	-۱۵
مراجع ۳	۱۷	۱۶	۱۷	۱۶	۵/۸۸
مراجع ۴	۱۰	۱۳	۱۳	۱۵	-۵۰
مراجع ۵	۲۱	۱۴	۱۳	۹	۵۷/۱۴
مراجع ۶	۱۷	۱۸	۱۴	۱۲	۲۹/۴۱

با توجه به نتایج درصد بهبودی در جدول ۹، طرحواره شکست در مراجع اول ۳۷/۵۰، در مراجع سوم ۵/۸۸، در مراجع پنجم ۵۷/۱۴، در مراجع ششم ۲۹/۴۱ است که نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی است.



نمودار ۶: روند بهبودی طرحواره شکست

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناکارآمد افراد وابسته به مواد (تریاک) به روش ABA انجام شد. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر افسردگی مراجعان پنجم و ششم موثر بود. همچنین، تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که در مراجع اول پس از مداخله، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه وابستگی/ بی‌کفایتی و شکست، در مراجع دوم طرحواره‌های ناکارآمد خودتحول‌نیافته، در مراجع سوم طرحواره خود تحول‌نیافته، در مراجع چهارم طرحواره‌های ناکارآمد وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری و خود تحول‌نیافته، در مراجع پنجم در تمام طرحواره‌های ناکارآمد و در مراجع ششم تمام طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بهبود یافته و درصد بهبودی به تفکیک هر طرحواره ملموس بود. تغییر دادن طرحواره‌ها بسیار سخت و طاقت‌فرسا است و در صورت همکاری مراجع این امکان میسر می‌شود و بعد از تغییر آن، قاعدتا سبک زندگی و رفتار و باورهای میانجی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد و چون اضطراب و افسردگی تابع سبک‌ها هستند. بنابراین، تغییر در آن‌ها هم امکان‌پذیر خواهد شد. همخوان با نتایج این پژوهش، می‌توان به تحقیقات یانگ و ماتیلا (۲۰۰۲)، کوکرام و همکاران (۲۰۱۰)، نجاویتس و همکاران (۲۰۱۷)، مالوجیانوس و همکاران (۲۰۱۴) و رنر و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد. درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد که هیچ دارو یا قرص مخدری (متادون و غیره) را مصرف نمی‌کنند، پژوهش‌های تجربی صورت نگرفته است و به نظر می‌رسد این افراد بعد از گذراندن دوره سم‌زدایی به حال خود رها می‌شوند و تا زمانی که طرحواره‌های ناکارآمد در آن‌ها وجود دارد، روش‌های معمول درمان وابستگی پاسخگو نیست و ضریب تاثیر کمی خواهند داشت. نکته مهم در پژوهش حاضر این بود که علی‌رغم فشاری که تمام مراجعین در طول درمان تحمل کردند و با وجود داشتن طرحواره‌ها و اختلالات، ماده مخدری را تا آخر درمان مصرف نکردند و کاملا خود را متعهد به درمان نگه داشتند. در فرآیند بحث در خصوص طرحواره‌ها مکاشفه درونی آن‌ها برایشان لذت‌بخش بود و این امر به تلاش آن‌ها جهت می‌داد و لذا در بررسی انجام شده

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

افسردگی و اضطراب در بخشی از نمونه تغییر کامل داشته است و در برخی از مراجعان تغییر محسوسی مشاهده نشد و به نظر اضطراب و افسردگی آن‌ها صرفا دیرینه بود و مشکلات بین‌فردی زیادی با خانواده و محیط را تجربه کرده بودند. نکته دیگر این‌که هنوز جامعه پذیرای افراد وابسته به مواد نیست و در گفتگوها به آن اشاره داشتند و لذا درمان افسردگی و اضطراب به روش‌ها و تکنیک‌های دیگری نیاز داشت که جزء اهداف پژوهش نبود.

همچنین، در تاثیر طرحواره‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی می‌توان به تحقیقات میرآبی، حسنی، گلشنی و کشاورزی ارشدی (۱۳۹۹)؛ تاپیا و همکاران (۲۰۱۸)؛ شوری و همکاران (۲۰۱۳)؛ تیلور و همکاران (۲۰۱۷) و بال و یانگ (۲۰۰۰) اشاره کرد. در تبیین نتایج یافته‌های فوق می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به ویژه طرحواره‌های حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) نقش مهمی در وابستگی به مواد دارند و باعث تداوم سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌شوند. مشکل اصلی فرد وابسته ناتوانی در مدیریت خویش است و بنابراین طرحواره‌های وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، خود تحول‌نیافته و شکست به تشدید مشکلات فرد می‌انجامد و حتی روابط بین‌فردی آن‌ها را مختل می‌کند، بنابراین نمی‌توانند با دیگران دلبستگی‌های ایمنی برقرار کنند، چون اعتقاد دارند که نیازهای اصلی ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر آن‌ها برآورده نخواهد شد. بسیاری از آن‌ها دوران کودکی سختی داشته‌اند و به نیازهای اساسی دست نیافته‌اند و اغلب بیشترین آسیب را دیده‌اند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و لذا طرحواره‌های ناکارآمدی را در خویش پرورانده‌اند. به طور مثال، طرحواره وابستگی در فرد این باور را بوجود می‌آورد که من آدم ارزشمند و دوست داشتنی نیستم و دیگران هم فکر می‌کنند که من آدم بی‌ارزشی هستم و لذا اگر به دیگران وابسته شوم، ارزشمند خواهم شد و بالطبع هیجان‌های معمول این فرد احساس تنهایی، غمگینی، ترس، افسردگی و اضطراب (احساس ناامنی) است و برای فرار از این درد اغلب دست به اجتناب در بعد شناختی، عاطفی و رفتاری می‌زند و رفتارهایی چون چسبیدن به دیگران ناسالم را تجربه می‌کند و افکاری مانند من خوب نمی‌شوم، من آدم بدرد نخوری‌ام، من نمی‌توانم فضای امن را تجربه کنم

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

را نشـخوار می‌کند و یکی از راه‌های خلاصـی از این افکار، پناه بردن به مواد مخدر اسـت که نتیجه این رفتارها دوباره همان تایید باور مرکزی در مورد خودش می‌باشـد. این چرخه معیوب، دائم در زندگی این فرد تکرار می‌شـود و نتیجه این فرآیند ناسـالم، ابتلا و تداوم افسـردگی، اضـطراب و اجبار به مصـرف انواع مواد مخدر می‌شـود. البته طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی با طرحواره‌های دیگر نیز در ارتباط است. بنابراین، می‌توان فرض کرد که باورهای مرکزی با هم در ارتباط هسـتند که مصـداق عینی آن ارتباط بین طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی با رهاشدگی است که در این صورت بیمار معتقد است اگر دیگران او را تنها بگذارند، نمی‌تواند به زندگی خود ادامه دهد. ریشـه تحولی این طرحواره در فرد؛ اعتیاد و افسـردگی والدین، ترومای‌های دوران کودکی مانند دعوای بین پدر و مادر، مقایسه نادرسـت، فحاشـی، کتک‌کاری، طلاق یا فوت والدین، سـوء اسـتفاده جسـمی و جنسـی، سرزنش، و برچسب زدن (تو بدرد نمی‌خوری) و واکنش نامناسب والدین نسبت به نیازهای هیجانی و خلق و خوی کودک و همچنین الگوگیری از والـدین می‌باشـد. در رویکرد طرحواره‌درمانی برای جلوگیری از عود مجدد اختلال، با کمک بیمار به شـناسـایی و آموزش در مورد طرحواره‌های ناسـازگار اولیه و سـبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آن‌ها با مصرف مواد پرداخته می‌شود و به بیمار توضیح داده می‌شود که چگونه طرحواره‌ها باعث ایجاد اختلال و سپس مصرف مواد شده است و برای هر بیمار مفهوم‌سازی موردی ارائه می‌شود که این امر نرخ بهبودی را افزایش می‌دهد (یانگ و ماتیلا، ۲۰۰۲).

همچنین، نتایج تحلیل نشـان داد که در زمینه اضـطراب و افسـردگی، اثر تکنیک‌های درمان با هم تفاوت داشتند. در مرحله اول بعد از اجراء تکنیک‌های شناختی اکثر مراجعین روند بهبودی خوبی داشته‌اند. نمودار افسردگی و اضطراب هم حالت کاهشی داشت که مطابق با یافته‌های رنر و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشـد که بیان می‌کنند بیماران با به کارگیری تکنیک‌های شـناختی یاد می‌گیرند در مقابل طرحواره اسـتدلال کنند و در سـطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سوال ببرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، مدل شناختی بر این فرض بنیان‌گذاری شـده اسـت که بین حالت خلقی و شـناخت رابطه متقابلی وجود دارد (بک، ۱۳۹۵) و تغییر در باورهـای مرکزی منفی موجب بهبود همزمـان علایم خلقی و

سال پانزدهم شماره ۶۰ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

شـــناختی افســـردگی می‌شـــود، اما این فرآیند تغییر پیچیدگی خاص خود را دارد که این پیچیدگی‌ها ممکن است مربوط به نوع روابط یا تفاوت در روش‌های درمان‌های افسردگی مزمن باشـــد. بنابراین، نیاز به تحقیقات بیشـــتری در مورد بررســـی مکانیســـم‌های تغییر در طرحواره‌درمانی وجود دارد.

در مرحلـه دوم و بعـد از اجرای تکنیـک‌هـای هیجـانی، اکثر مراجعـان در نمرات طرحواره‌ها حالت کاهشـی داشـته‌اند و همین موضـوع را می‌توان در نمودار افسـردگی و اضـطراب نیز مشـاهده نمود که این یافته همسـو با نتایج تحقیقات مالوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) بود که نشـــان می‌دهد بیمارانی که با موفقیت این مرحله را گذرانده‌اند، در پایان درمان، افسـردگی و اضـطراب آن-ها نیز کاهش داشـته اسـت. تکنیک‌های تجربی مشـابه توصـیف پردازش هیجانی در درمان هیجانی اســت در جریان اجرا این فرایند، درمانگر به بیمار کمک می‌کند که نیازهای اساسی خود را بشناسد تا بتواند به شیوه سالم‌تری در طول زندگی خود آن‌ها را برآورده سازد (مالوجیانس و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، تکنیک‌های تجربی (هیجانی) باعث افزایش کارآیی تکنیک‌های درمانی دیگر و همســو شـده و بالطبع باعث افزایش نتایج مثبت درمان می‌شـــود و بیماران می‌توانند با کودک آســیب‌دیده خود ارتباط برقرار کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

در مرحله آخر درمان، بعد از اجرای تکنیک‌های رفتاری، اکثر مراجعین روند رو به بهبودی داشته‌اند. نمودار افسـردگی و اضـطراب این موضـوع کاهشـی را نشـان می‌دهد. در این مرحله درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری ســـازگارتر و جدیدتر به جای پاســـخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی رفتاری را انجام دهد. آن‌ها درباره چگونگی جانشـــین‌ســـازی رفتارهای ســـالم به جای رفتارهای مشکل‌ساز، به یک جمع‌بندی می‌رسند و بدین ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند. درمانگر در مرحله الگوشکنی، کار را با ساده‌ترین رفتار شروع می‌کند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش جاکوبسـون، سـاتویک و کاسـتن[1] (۲۰۰۱) نشـان داد که عنصر رفتاری درمان شناختی بیشترین تاثیر را روی تغییر شدت افسردگی در انتهای درمان

1. Jacobsen, Southwick & Kosten

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

و همچنین دوره پیگیری دارد. طبق دیدگاه یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های افسرده‌ساز یکی از مکانیزم‌های پیچیده‌ای هستند که ارتباطات دو سویه و همزمان بین عاطفه، رفتار و شناخت را در بر می‌گیرند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۰) و لذا تغییر در هرکدام از آن عناصر سه‌گانه منجر به تغییر در دو بعد دیگر می‌شود. بنابراین، طرحواره‌درمانی یک روش موثر جهت کاهش علایم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرآیند تغییر علایم افراد دارای اختلال اضطراب است (حمیدپور، ۱۳۸۸) و باعث تغییر الگوهای رفتاری خودشکن می‌شود.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد کاهش نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد، با کاهش افسردگی و اضطراب آن‌ها رابطه دارد و کاهش افسردگی و اضطراب در برخی مراجعان بیشتر از کاهش نمرات طرحواره‌ها است. کاهش نمرات طرحواره‌ها در مراجعین ۵ و۶ با کاهش نمرات افسردگی آن‌ها، همچنین کاهش نمرات طرحواره‌ها با کاهش اضطراب در همه مراجعین (به جز مراجعین ۱ و ۶) همراه بود، که مطابق با نتایج تحقیقات مالوجیانیس و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد. در تبیین آن می‌توان گفت که اگرچه در نمرات افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه افزایش را نشان می‌دهد، اما بر اساس یافته‌های سیمون[1] (۲۰۰۹)، نجاویتس و همکاران (۲۰۱۷)، شوری و همکاران (۲۰۱۳)، شوری و همکاران (۲۰۱۵)، پریور و همکاران (۲۰۱۷) و کوکرام و همکاران (۲۰۱۰) می‌توان این اختلالات را به عنوان صفات شخصیتی اصلی طبقه‌بندی کرد و لذا افزایش فعالیت طرحواره‌ها با نوسانات خلقی و اضطرابی ارتباط دارند و این در اختلالات مزمن حادتر است. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت تلاش برای کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگارانه در افراد وابسته به مواد امکان‌پذیر است، اما در صورت نداشتن تجربه و تبحر درمانگری، می‌تواند آسیب‌زا هم باشد. با این حال، طرحواره‌درمانی به عنوان یک مدل شناختی موثر در این زمینه کارآمد است. بنابراین، توصیه می‌شود که در مراکز ترک اعتیاد ابتدا باورهای ناکارآمد مراجعان بررسی شود و به صورت تلفیقی از

1. Simon

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

دارو درمانی و درمان شناختی، به حل مشکل آن‌ها پرداخته شود و شاید بتوان با یک روش دقیق مبتنی بر طرحواره‌درمانی، بخش اصلی مشکلات آن‌ها را تعدیل نمود.

این پژوهش در کنار تاثیرگذاری نسبی بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب و تعدیل طرحواره‌های ناکارآمد حوزه دوم مراجعان، با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از این محدودیت‌ها اعتماد به گزارش خود افراد در خصوص عدم مصرف مواد بود و امکان گرفتن آزمایش وجود نداشت. ثانیا، شرایط خانوادگی و نوع روابط درون خانواده در کنترل پژوهشگر نبود. سوما، امکان گرفتن کامل تاریخچه تحول روانی افراد از خانواده ودوستان وآشنایان وجود نداشت و فقط به گزارش‌های آن‌ها اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود که اولا در مراکز ترک اعتیاد طرحواره‌های افراد وابسته به مواد بررسی شود و ثانیا در شروع درمان آن‌ها، طرحواره‌درمانی روی مراجعان اجرا شود. در کنار آن به روابط بین‌فردی مراجعان پرداخته شود و در صورت مشاهده مشکل بین‌فردی، به حل آن اقدام شود. بر اساس نتایج و اثرگذاری درمان‌های روان‌شناختی حضور روانشناس در کنار پزشک در مراکز ترک اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد.

سال پانزدهم شماره ۶۰، تابستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 60, Summer 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که سختی انجام این پژوهش را پذیرفتند و متعهدانه دوره درمان را تکمیل کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

بک، جودیت، اس (۱۳۹۵). *شناخت‌درمانی مبانی و فراتر از آن*. ترجمه لادن فتی و فرهاد فریدحسینی. تهران: دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).

حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). *مقایسه کارآیی شناخت‌درمانی با طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علایم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرایند تغییر علایم*. پایان‌نامه دکتری، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

حمیدی، رزگار؛ فکری‌زاده، زهره؛ آزاد بخت، مجتبی؛ گرمارودی، غلامرضا؛ طاهری تنجانی، پریسا؛ فتحی‌زاده، شادی و قیسوندی، الهام (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI- I I) در سالمندان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۱۹۸-۱۸۹.

خیرآبادی، هادی؛ جاجرمی، محمود و بخشی‌پور، ابوالفضل (۱۳۹۹). مدل‌یابی ارتباط استرس و سوءمصرف مواد با میانجی‌گری معنای زندگی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۷۲-۵۷.

غیاثی، مهناز؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر و صلواتی، مژگان (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در شهر تهران. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۱۸(۱)، ۱۱۸-۹۳.

فارل، جان؛ ریس، نیل و شاو، ایدا (۱۳۹۵). *راهنمای بالینی طرحواره درمانی*. ترجمه مریم هدایتی و عادله صمیمی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).

کاویانی، حسین و موسوی، اشرف‌السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۳۶.

میرآبی، تامارا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کشاورزی ارشدی، فرناز (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۹۴-۷۳.

هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).

یارمحمدی واصل، مسیب (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۱۲)، ۴۸-۲۱.

یانگ، جفری؛ ریزو، لارنس؛ تویت، پیتر و استین، دان (۱۳۹۴). *طرحواره های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روان‌شناختی: راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران*. ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۶). *طرحواره‌درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

References

Baillie, A. J., Stapinski, L., Crome, E., Morley, K., Sannibale, C., Haber, P., & Teesson, M. (2010). Some new directions for research on psychological interventions for comorbid anxiety and substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 518-524.

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., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

Blake, E., Dobson, K. S., Sheptycki, A. R., & Drapeau, M. (2016). The relationship between depression severity and cognitive errors. *American Journal of Psychotherapy*, 70(2), 203-221.

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.

Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(3), 165-182.

Dozois, D. J., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078-1088.

Griffiths, M. D. (2014). Early maladaptive schemas in development of addictive disorders as parts of the complex addiction jigsaw. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 3(3), e16746.

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

Jupp, B., & Dalley, J. W. (2014). Behavioral endophenotypes of drug addiction: etiological insights from neuroimaging studies. *Neuropharmacology*, 76, 487-497.

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.

Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 9-15.

Leahy, R. L., Tirch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.

Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.

Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.

Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A., & Read, J. P. (2017). *Substance use disorder and trauma*. APA Handbook of Trauma Psychology.

Olsson, K. L., Cooper, R. L., Nugent, W. R., & Reid, R. C. (2016). Addressing negative affect in substance use relapse prevention. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 2-14.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]

Prior, K., Mills, K., Ross, J., & Teesson, M. (2017). Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug and Alcohol Review*, 36(3), 317-324.

Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.

Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215.

Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 169-179.

Shorey, R. C., Stuart, G. L., Anderson, S., & Strong, D. R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 912-922.

Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 10-14.

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.

Young, J. E., & Mattila, D. E. (2007). *Schema-focused therapy for depression*. Depression: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments, New York: Springer, 2007, 291-313.

Young, J. (2003). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299]