

اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون

آرش قندهاری^۱، اکرم دهقانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۸

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده ی متادون (شریت متادون) بود. **روش:** این پژوهش شبه آزمایشی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه ی آماری شامل مردانی بود که در بهار ۱۳۹۶، جهت درمان وابستگی مواد به کلینیک های ترک اعتیاد واقع در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. یک مرکز به صورت در دسترس انتخاب، و بر اساس نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ی هفتگی ۹۰ دقیقه ای طرحواره درمانی دریافت کردند. پرسش نامه ی فراشناخت و لوز پیش از آغاز درمان و پس از آن اجرا شد و دوز متادون (سی سی)، نیز قبل و بعد از درمان ثبت گردید. **یافته ها:** داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج مبین تاثیر طرحواره درمانی گروهی در ۵ بعد باور های فراشناختی، شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل پذیری افکار و نگرانی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی و همچنین کاهش دوز متادون ($p < 0/001$) بود. **نتیجه گیری:** طرحواره درمانی گروهی شیوه ی مناسبی جهت تعدیل ابعاد باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با نگهدارنده ی متادون می باشد.

کلیدواژه ها: باورهای فراشناختی، دوز متادون، طرحواره درمانی، مردان معتاد

۱. گروه روان شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روان شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران، پست الکترونیکی:

مقدمه

وابستگی به مواد^۱ در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، و یکی از مهمترین مشکلات زندگی بشر به حساب می‌آید (لاندهلم^۲، ۲۰۱۳، اداره‌ی سوء‌مصرف مواد و خدمات سلامت روان، ۲۰۱۰) و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۶). اختلالات اعتیادی و وابستگی به مواد، منجر به مشکلات جسمانی (ترماین^۴ و همکاران، ۲۰۱۶) و روانی (آگراوال، بودنی و لینسکی^۵، ۲۰۱۲)، قابل توجهی شده و مشکلات زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (کلاین^۶، ۲۰۱۶؛ هاروپ و ریچارد^۷، ۲۰۱۶). در اکثر جوامع اعتیاد، یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود (نوروزی، صابری ظفرقندی و گیلانی‌پور، ۱۳۹۰). به همین دلیل، پژوهش‌های زیادی بر روی علل شروع و راهبردهای پیشگیری و درمان اعتیاد انجام گرفته (مک کانل، ممتوویک و ریچاردسون^۸، ۲۰۱۴). وابستگی به مواد یک اختلال روانی، ژنتیکی، جسمانی و اجتماعی می‌باشد و بر این اساس تنوعی از درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و مداخلات اجتماعی با رویکردهای چند رشته‌ای جهت کنترل و درمان آن طراحی گردیده است (بروک و اسپیتز^۹، ۲۰۰۲). درمان اعتیاد، فرآیندی است که با انگیزه‌ی معتاد جهت متوقف کردن رفتار سوء‌مصرف مواد شروع شده و با پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد ادامه می‌یابد (ابراهیمی، ۱۳۸۹). یکی از شناخته شده‌ترین درمان‌های دارویی، درمان نگهدارنده با متادون است (وایت و لاپتکو^{۱۰}، ۲۰۰۷)، که علاوه بر پیشگیری از عود مجدد، باعث بهبود کیفیت روانی، جسمانی و اجتماعی بیمار می‌شود (وزیریان، محسنی فر، مستشاری، ۱۳۸۴). با وجود درمان‌های پزشکی مختلفی که در زمینه‌ی اعتیاد وجود دارد، از جمله درمان نگهدارنده، باید در نظر داشت که بسیاری از

1. Substance dependence
2. Lundholm
3. Sadock & Sadock
4. Tremain
5. Agrawal, Budney, & Lynskey
6. Klein

7. Harrop, & Richard
8. McConnell, Memetovic, & Richardson
9. Brook, & Spitz
10. Whit, & Loptko

معتادین تحت درمان قادر نیستند علی‌رغم ورود به این درمان‌ها به وضعیت پرهیز مداوم دست یابند (وزیریان و همکاران، ۱۳۸۴). با توجه به این مسئله می‌توان نتیجه گرفت که از نگاه تخصصی، یکی از چالش‌های اصلی فراروی متخصصان حوزه‌ی وابستگی به مواد، بالا بودن میزان عود در این اختلال می‌باشد و این سؤال مطرح می‌شود که اقدامات درمانی تا چه درجه‌ای متوجه تغییرات محیطی می‌شود و تا چه حد در جهت ایجاد تغییرات درون و تأثیر بر روی ساخت شخصیتی و روانی فرد طراحی شده است؟ (افشنگ، ۱۳۶۵، به نقل از عسگری جنت‌آبادی، ۱۳۹۱).

فراشناخت ابتداء در حوزه‌ی روان‌شناسی رشد مطرح شد و سپس به حوزه‌ی روان‌شناسی حافظه، سالمندی و روان‌شناسی عصب‌شناختی راه یافت. تنها در چند سال اخیر به نقش فراشناخت به عنوان عامل بنیادین اغلب یا تمام آشفتگی‌های روان‌شناختی پرداخته شده است (ولز و ماتیوز^۱، ۱۹۹۴؛ ولز، ۱۹۹۵، و ۲۰۰۰، به نقل از ولز، ۲۰۰۹، ترجمه‌ی اکبری و همکاران، ۱۳۹۱). فراشناخت به عنوان هرگونه دانش و فرایند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد تعریف می‌شود (فلاول، ۱۹۷۹، به نقل از ولز، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی بهرامی و رضوان، ۱۳۸۴). از دیدگاه فراشناختی سوء‌مصرف مواد، تغییرات سریع و معناداری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات یا خاطرات به وجود می‌آورد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد مخدر باشند. به علاوه استفاده از مواد مخدر نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد تأثیر مواد مخدر و روان‌گردان به وجود آورند، بلکه باعث به دست آوردن دانش و آگاهی در مورد پیامدهای شناختی می‌شوند. همچنین عدم استفاده از مواد مخدر هنگامی که تمایل به آن در فرد وجود دارد ممکن است با، باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تأثیر رویدادهای شناختی مرتبط باشد (تیناتو^۲، ۱۹۹۹). در این میان اصل بنیادین در فراشناخت آن است که اختلالات (از جمله اختلالات اعتیادی)، با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی-توجهی (CAS)^۳،

مرتبط است. سندرم شناختی-توجهی، شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوار فکری^۱ متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجانات و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. در مجموع، مدل فراشناختی، بر این اصل بنیادین استوار است که اختلالات روان‌شناختی (از جمله اختلالات اعتیادی)، به دلیل اثرات سبک تفکر، یعنی سندرم شناختی-توجهی بر تجارب هیجانی و باورها تداوم می‌یابند (ولز، ۲۰۰۸، ترجمه‌ی محمدخوانی، ۱۳۸۸). از جهتی باورهای فراشناختی در جریان سوء مصرف مواد مخدر و عود آن نقش بسزایی دارد (ولز، ۲۰۰۱) و پژوهش‌ها نیز بر نقش باورهای فراشناختی در شروع و تداوم مصرف مواد مخدر تأکید می‌کنند (جارگن، جوهانس و جوهانس^۲، ۲۰۰۷؛ و اسپادا^۳، ولز، ۲۰۰۵). در این راستا، در پژوهشی ارتباط میان مؤلفه‌های فراشناختی و اعتیاد در بین افراد وابسته و غیر وابسته به مواد مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که بین دو گروه وابسته و غیر وابسته به مواد مخدر در عوامل فراشناختی، تفاوت وجود دارد (ساعد، یعقوبی، روشن و سلطانی، ۱۳۸۹). نتایج بررسی دیگری نشان داد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، در خرده‌مقیاس تسلط فراشناختی، مشکلات و نقایص قابل توجهی دارند (واسموس^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، در پژوهشی، نقش فراشناخت را به عنوان یک میانجی در ارتباط بین هیجانات و وابستگی به سیگار مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که سه بعد فراشناخت، شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی^۵، باورهای منفی در مورد نگرانی^۶ و باورها در مورد اعتماد به نفس شناختی^۷ به صورت مثبت با وابستگی به سیگار در ارتباط می‌باشند (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). استیون و آندرسما^۸ (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی از طریق تأثیر بر باورهای فراشناختی به صورت معناداری می‌تواند به درمان اعتیاد کمک کند (استیون و آندرسما، ۲۰۱۰). با در نظر گرفتن اهمیت بعد روان‌شناختی و شخصیتی افراد در شکل‌گیری اعتیاد، یکی از اساسی‌ترین

1. rumination
2. Jurgen, Johannes, & Johannes
3. Spad
4. Wasmuth

5. positive beliefs about worry
6. negative beliefs about worry
7. beliefs about cognitive confidence
8. Steven, & Ondersma

مشکلات و چالش‌های پیش روی درمان‌گران حوزه‌ی اعتیاد، انتخاب نوع درمان روان‌شناختی می‌باشد (کارول^۱، ۱۹۹۶؛ به نقل از عسگری جنت‌آبادی، ۱۳۹۱). طی چند دهه اخیر درمان اعتیاد دچار تحولات شگرفی شده است (مک-کی^۲، ۲۰۰۹)، که یکی از آن تحولات به کارگیری مداخلات روان‌شناختی مخصوصاً مدل شناختی-رفتاری در افراد وابسته به مواد بوده است (ابراهیمی، ۱۳۸۹). با توجه به مشکلات درمان شناختی کلاسیک و عدم موفقیت آن، جهت درمان افرادی با مشکلات منش شناختی و شخصیتی مزمن، یانگ^۳ (۱۹۹۹-۱۹۹۰) طرحواره‌درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمن و اختلالات شخصیتی که به اندازه‌ی کافی از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند تدوین کرد (یانگ، کلوסקو و ویشار^۴، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). طرحواره‌درمانی در درمان اختلالات شخصیتی، درمانی مؤثر و موفق بوده است (باملیس، اورس، اسپینهاون، آرنتز^۵، ۲۰۱۳)، این درمان، بر پایه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶ بنا شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این طرحواره‌ها می‌توانند در برنامه‌ی درمان برای مصرف مواد مخدر مورد هدف قرار بگیرند (شوری، المکویست، آندرسون و استوارت^۷، ۲۰۱۵؛ و فیروزی، خرامین، احمدی، پناهی، ۱۳۹۴)، چرا که فرض بر آن است که این طرحواره‌ها ممکن است توسعه و نگهداری مواد را تحت تأثیر قرار دهند (یانگ، ۱۹۹۴). از این روی به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی با توجه به این که متمرکز بر درمان و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد، بتواند درمان مناسبی جهت اختلالات اعتیادی باشد (تاجیک‌زاده، زارع، نظری و افشاری، ۱۳۹۴؛ ناصری، سهرابی، برجعلی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۳). رویکرد طرحواره‌درمانی، وابستگی به مواد فعال را به عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند (بال و یانگ، ۲۰۰۰). یانگ، مطرح کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با سوء مصرف مواد ارتباط داشته باشند

1. Carole
2. Mc-Kay
3. Young
4. Klosko, & Weishaar

5. Bamelis, Evers, Spinhoven, & Armtz
6. early maladaptive schema
7. Shorey, Elmquist, Anderson, & stuart

راپر^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهشی در این راستا رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی^۲، با استعداد اعتیاد در دانش‌آموزان را مورد تأیید قرار داد و نشان داد علاوه بر طرحواره‌ها، باورهای فراشناختی با اعتیاد رابطه‌ی مثبت دارند (قدیمی، کرمی و یزدانبخش، ۱۳۹۳). هرچند اطلاعات زیادی در مورد چگونگی تأثیر باورهای فراشناختی در ابتلا و تداوم اعتیاد وجود ندارد (گارلند، کارتر، روبس و هوارد^۳، ۲۰۱۱). اما تعداد پژوهش‌ها در مورد تأثیر باورهای فراشناختی در اعتیاد (قدیمی، کرمی و یزدانبخش، ۱۳۹۳)، اهمیت در نظر گرفتن باورهای فراشناختی و ابعاد آن را در، درمان اختلال‌های اعتیادی، نشان می‌دهد. با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، مشاهده می‌شود پژوهشی با عنوان تأثیر طرحواره‌درمانی بر روی باورهای فراشناختی در افراد تحت درمان با متادون صورت نگرفته است. از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌درمانی گروهی به عنوان یک درمان تلفیقی که خاص افراد با مشکلات منش شناختی، دیرپای شخصیتی و مقاوم به درمان می‌باشد؛ بر روی باورهای فراشناختی به عنوان یک متغیر مؤثر در اعتیاد و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون بود.

۱۷۴

174

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش بر حسب هدف، در دسته‌ی پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. نوع مطالعه در این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این مطالعه، شامل مردانی بود که در بهار سال ۱۳۹۶ جهت درمان سوءمصرف مواد، به کلینیک‌های ترک اعتیاد واقع در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از طریق نمونه‌گیری در دسترس یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب شد. سپس از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از افراد تحت درمان با متادون که دارای ملاک‌های مشخص (مرد، متأهل، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلال بارز بر اساس DSM5)، بودند بر اساس گمارش تصادفی با توجه به این که در گروه‌درمانی به شیوه‌ی مداخلاتی معمولاً

1.Roper
2.metacognitive beliefs

3.Garland, Carter, Ropes, & Howard

حجم نمونه بین ۸ تا ۱۵ نفر می‌باشد (کوری و کوری، ۲۰۰۲)، در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس هر دو گروه وارد مرحله‌ی پیش‌آزمون شده و در این راستا پرسش‌نامه‌ی فراشناخت آدرین ولز، در اختیار همه‌ی شرکت‌کنندگان قرار داده شد و دوز متادون مصرفی هر کدام با نظارت پزشک مرکز و مراجعه به پرونده‌های درمانی ثبت گردید (بر حسب سی سی سی). پس از انجام مرحله‌ی پیش‌آزمون، طرحواره‌درمانی گروهی برای ۱۵ نفر گروه آزمایش، در ۱۰ جلسه‌ی هفته‌ای اجرا شد و گروه گواه نیز طبق روال مرکز، به درمان نگهدارنده با متادون و بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی ادامه دادند. پس از اتمام پروسه‌ی درمان، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد.

ابزارها

۱- پرسش‌نامه‌ی فراشناخت ولز: جهت بررسی باورهای فراشناختی از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی فراشناخت ولز، استفاده شد. این مقیاس خود گزارشی ۳۰ سؤالی که توسط ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شده، باورهای افراد را در مورد تفکرشان مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای از نوع لیکرت با دامنه‌ای از نمره‌ی ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (کاملاً موافقم) محاسبه شده‌اند. پرسش‌نامه‌ی مذکور شامل ۵ خرده‌مقیاس باورهای مثبت در مورد نگرانی شامل سؤالات ۱-۷-۱۰-۱۹-۲۳-۲۸؛ باورهای منفی در مورد کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی شامل سؤالات ۲-۴-۹-۱۱-۱۵-۲۱؛ عدم اطمینان شناختی شامل سؤالات ۸-۱۴-۱۷-۲۴-۲۶-۲۹؛ نیاز به کنترل افکار شامل سؤالات ۶-۱۳-۲۰-۲۲-۲۵-۲۷؛ و فرایندهای فراشناختی خودآگاهی شناختی شامل سؤالات ۳-۵-۱۲-۱۶-۱۸-۳۰، می‌باشد. ولز، کاترین -هاوتون^۱ (۲۰۰۴)، اعتبار کل و مولفه‌های آن را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی را بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱، کنترل‌ناپذیری ۰/۸۷، باورهای مثبت ۰/۸۶، خودآگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان شناختی ۰/۸۰، و نیاز به کنترل افکار ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین‌زاده، ۱۳۸۵).

۲- دوز متادون: برای اندازه‌گیری دوز شربت متادون، از دوز ثبت شده در پرونده‌ی هر فرد، قبل و بعد از مداخله استفاده شد (بر حسب سی سی سی). این میزان توسط پزشک مرکز ترک اعتیاد بر اساس پروتکل درمان نگهدارنده با متادون و با در نظر گرفتن نیاز درمان‌جو تعیین می‌شود.

روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گمارش افراد در دو گروه آزمایش و گواه، گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی دریافت کردند. هر ۱۵ نفر در تمامی جلسات حضور داشتند و جلسات توسط پژوهش‌گر دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، و مدرک طرحواره‌درمانی و سابقه‌ی فعالیت در زمینه‌ی اعتیاد بود در کلینیک ترک اعتیاد به صورت پیوسته بر مبنای پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ به شرح جدول ۱ انجام پذیرفت (یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

جدول ۱: پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ

جلسه‌ها	اهداف	محتوای آموزشی
پیش - جلسه	جلسه توجیهی با افراد گروه و تکمیل پیش‌آزمون	معارفه آزمون‌گر، بیان اهداف پژوهش، مرور بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تاکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات، پاسخ-دهی به سوالات، تکمیل پیش‌آزمون.
اول	آشنایی با مفاهیم طرحواره-درمانی	تعریف و توضیح طرحواره‌درمانی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، بیان و توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
دوم	ادامه‌ی آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی و ایجاد آمادگی جهت سنجش	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌درمانی، ایجاد آمادگی در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها.
سوم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها	سنجش طرحواره‌های هر کدام از افراد گروه و دادن بازخورد، بررسی پرسش‌نامه‌های افراد گروه و آشنا کردن آن‌ها با طرحواره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله‌ی سنجش در جلسه، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد، اهداء کتاب "زندگی خود را دوباره بیافرینید" به افراد گروه، تشویق

جدول ۱: پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ

جلسه‌ها	اهداف	محتوای آموزشی
		به مطالعه‌ی کتاب (بخش مربوط به طرحواره‌های خودشان برای جلسه‌ی آینده به عنوان تکلیف خانگی).
چهارم	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها	ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم پیمان شدن با اعضا، گروه جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبهه‌ی شناختی، هیجانی، الگوشکنی رفتاری، بررسی تکالیف خانگی.
پنجم	آغاز فرایند تغییر طرحواره-ها به واسطه‌ی به کارگیری راهبردهای شناختی	انجام آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله-ای، ارائه‌ی تکالیف خانگی.
ششم	ادامه‌ی فرایند تغییر به وسیله‌ی راهبردهای شناختی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی ونحوه‌ی استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه‌ی تکمیل فرم‌های ثبت طرحواره، ارائه‌ی تکلیف خانگی.
هفتم	آغاز فرایند تغییر طرحواره-ها به واسطه‌ی به کارگیری راهبردهای تجربی	معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه‌ی منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویرسازی ذهنی و اجراء آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجراء آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه‌ی تکلیف خانگی با موضوع نوشتن نامه به والدین.
هشتم	آغاز فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه‌ی به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تغییر، الویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری.
نهم	ادامه فرایند تغییر در طرحواره‌ها به واسطه‌ی به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، انجام تمرینات مربوط به مرحله‌ی الگوشکنی رفتاری، ارائه‌ی تکلیف خانگی.
دهم	جمع‌بندی و مرور مختصر و تکمیل پس‌آزمون	بررسی تمرینات انجام شده، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، پاسخ به سوالات افراد تکمیل پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون توسط افراد گروه.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۹/۷۳ سال و میانگین مدت مصرف ۱۲/۱۳ سال بود. در گروه گواه میانگین سنی ۳۸/۴۴ سال و میانگین مدت مصرف ۱۳/۳۳ بود. در هر دو گروه تعداد افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم بیشتر از سایر مدارک تحصیلی بود. آماره‌های توصیفی مولفه‌های باورهای فراشناختی و دوز متادون به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های باورهای فراشناختی و دوز متادون به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		متغیرها
(انحراف استاندارد)		(انحراف استاندارد)		
گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	
(۳/۳۱)	(۳/۱۵)	(۲/۱۸)	(۳/۰۵)	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۱۶/۳۳	۱۲/۲۶	۱۶/۱۵	۱۶/۲۶	باورهای منفی در مورد کنترل پذیری افکار و نگرانی
(۲/۹۴)	(۲/۸۲)	(۳/۰۴)	(۳/۳۱)	عدم اطمینان شناختی
۱۸/۶۷	۱۳/۶۰	۱۸/۴۰	۱۹/۵۳	
(۲/۶۴)	(۲/۰۹)	(۳/۱۵)	(۲/۸۹)	نیاز به کنترل افکار
۱۸/۳۳	۱۲/۰۷	۱۷/۶۶	۱۹/۶۰	خودآگاهی شناختی
(۲/۷۷)	(۲/۶۷)	(۲/۰۲)	(۲/۸۲)	
۱۸/۳۳	۱۱/۴۰	۱۷/۶۶	۱۷/۴۶	دوز متادون
(۲/۱۴)	(۳/۲۴)	(۱/۹۰)	(۳/۰۸)	
۱۹/۲۰	۱۲/۲۷	۱۸/۰۶	۱۷/۳۳	
۱۵/۸۶(۳/۸۱)	۹/۲۶(۴/۶۹)	۱۶/۲۰(۴/۱۶)	۱۵/۸۶(۴/۴۳)	

برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور انجام این تحلیل باید پیش فرض‌های مورد نیاز بررسی و برقرار باشند. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پس آزمون از آزمون کولموگروف-اسمیرونف تک نمونه‌ای استفاده شد. نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع داشت ($p > 0/05$). همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج حکایت از برقراری مفروضه داشت ($p > 0/05$). برای بررسی فرض

همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F = 1/07, P > 0/05$). نتایج تحلیل همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل متغیرهای همراه (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F = 20/280, P < 0/001, \lambda = 0/842$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۸۹/۸۷۶	۱۲/۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۶۰	۰/۹۳۱
باورهای منفی در کنترل پذیری افکار و نگرانی	۱۴۳/۱۸۹	۲۷/۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۳	۰/۹۹۹
عدم اطمینان شناختی	۳۰۹/۱۴۳	۷۶/۱۰۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶۸	۱/۰۰۰
نیاز به کنترل افکار	۳۰۳/۳۲۳	۸۲/۵۸۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۲	۱/۰۰۰
خودآگاهی شناختی	۲۰۱/۳۲۶	۶۵/۰۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳۹	۱/۰۰۰
دوز متادون	۲۹۹/۲۲۷	۵۳/۵۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۱/۰۰۰

همانگونه که مشاهده می‌شود طرحواره‌درمانی بر ابعاد فراشناخت و دوز متادون مؤثر بوده است. به عبارتی طرحواره‌درمانی توانسته نمرات افراد در باورهای فراشناختی و میزان مصرف دوز متادون را کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی، بر ابعاد فراشناخت و دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون بود. نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی گروهی بر تمامی ابعاد باورهای فراشناختی در افراد تحت درمان با متادون مؤثر است. پژوهش مستقیمی که دقیقاً همسو با پژوهش حاضر باشد یافت نشد. ولی در پژوهش‌هایی، نقش فراشناخت و باورهای فراشناختی در اعتیاد، تأیید شده و از اینرو به صورت غیر مستقیم با پژوهش حاضر همسو می‌باشند، و می‌توان گفت به صورت غیر مستقیم، یافته‌های به دست

آمده با پژوهش کاظمی و مطهری (۱۳۹۲)، قدیمی، و همکاران (۱۳۹۳)، ساعد و همکاران (۱۳۸۹)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۶)، واسموس و همکاران (۲۰۱۵) و اسپادا و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت که طرحواره‌درمانی به نوعی با طرحواره‌ها و باورهای فرد سر و کار دارد. و با استفاده از تکنیک‌های تجربی، شناختی و رفتاری در جلسات درمان، گذشته و دوران کودکی افراد را، مورد هدف قرار می‌دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از طرفی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی در طول دوران رشد فرد شکل می‌گیرد (واسموس، ۲۰۱۵؛ و ولز، ۲۰۰۵). به همین خاطر، بررسی خاطرات، رویدادها و تجارب زندگی افراد گروه و بازسازی رویدادها و اتفاقات و همچنین بررسی ریشه‌های تحولی باورها توانست، بر باورهای فراشناختی افراد تأثیر گذاشته و رابطه‌ی فرد با افکارش را نیز تغییر داده و ابعاد باورهای فراشناختی را تعدیل کند. در ضمن شناخت فرد نسبت به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورها و افکار، که یکی از مهمترین اهداف طرحواره‌درمانی می‌باشد (یانگ، ۲۰۰۳)، خود نیز به نوعی فراشناخت است و به دلیل این که افراد در جلسات درمانی با استفاده از راهبردهای شناختی، رفتاری و هیجانی نسبت به شناخت‌ها و باورهای‌شان آگاهی پیدا کردند (نوعی فراشناخت) و یاد گرفتند که چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند، و به تبع آن توانستند، رابطه‌ی خودشان را با افکار و باورهایشان تنظیم کنند. در نتیجه، این درمان توانست بر روی باورهای فراشناختی آنها تأثیر گذار باشد. نکته‌ی دیگر کار بر روی پاسخ‌های مقابله‌ای افراد، شامل تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، با استفاده از تکنیک‌های سه‌گانه‌ی شناختی، رفتاری و تجربی بود که موجب اثرگذاری بر روی راهبردهای فراشناختی این افراد نیز شد. راهبردهای فراشناختی روش‌هایی جهت کنترل یا تغییر در تفکرات هستند. با در نظر گرفتن این تعریف، می‌توان بین راهبردهای فراشناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای شباهت‌های زیادی پیدا کرد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه‌ی اکبری و همکاران، ۱۳۹۱)، که موجب شد کار بر روی پاسخ‌های مقابله‌ای بتواند بر روی راهبردهای فراشناختی افراد گروه نیز تأثیر داشته باشد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش دوز متادون بود. پژوهش‌هایی که به صورت مستقیم با پژوهش حاضر همسو بودند عبارتند از پژوهش افشاری و همکاران (۱۳۹۰)، که اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی را بر پیشرفت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار دادند و نتیجه‌گیری کردند این درمان، درمان مناسبی برای افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون می‌باشد. همچنین ناصری و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهشی اثربخشی طرحواره‌درمانی دو وجهی را در درمان افراد وابسته به هروئین مورد تأیید قرار دادند. پژوهش‌هایی که تأیید می‌کنند طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد مخدر بیشتر و شدیدتر از جمعیت عادی و افراد غیر وابسته هستند عبارتند از پژوهش‌های فیروزی و همکاران (۱۳۹۴)، خوش‌لهجه‌صدق و همکاران (۱۳۹۱) و سهند، زارع و فتی (۱۳۸۹). با استناد به موارد ذکر شده در قسمت مقدمه، به نظر می‌رسد، هر کدام از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به شیوه‌ی خاص خود، منجر به شروع مصرف مواد و تداوم مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شوند. از جهتی به نظر می‌رسد، افرادی که تحت درمان با داروی متادون هستند، به دلیل این که این دارو به عنوان جایگزینی برای مصرف مواد، انتخاب شده، همین مکانیزم را به داروی متادون نیز تعمیم داده، و از مصرف بیش از حد این دارو به عنوان یک پاسخ مقابله‌ای در جهت رهایی از احساس بد و جلوگیری از مواجهه با موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی طرحواره سود می‌برند (یانگ، ۲۰۰۳)، و طبیعتاً تلاشی در جهت کاهش دوز این دارو نمی‌کنند. به عنوان مثال افرادی که با طرحواره‌ی نقص و شرم، شکست، رها شدگی، محرومیت هیجانی، آسیب‌دیدگی نسبت به ضرر و بیماری، بی‌اعتمادی و بدرفتاری و دیگر طرحواره‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند، برای جلوگیری از مواجهه با عوامل برانگیزاننده‌ی طرحواره‌ی خاص خودشان و احساس‌های بد برآمده از طرحواره‌شان مثل، بی‌ارزشی و ناتوانی، احساس شکست، احساس رهاشدگی و تنهایی، احساس آسیب‌دیدگی واضطراب، احساس محرومیت هیجانی و درک نشدن، بی‌اعتمادی و ... به مصرف بیش از حد متادون به عنوان یک پاسخ مقابله‌ای که می‌تواند شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی باشد روی می‌آورند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). همین امر درمان پزشکی این افراد را در جهت کاهش دوز متادون تا

حدود زیادی با مشکل روبرو می‌سازد. بر اساس توضیحات ارائه شده، مهمترین عامل کاهش چشمگیر دوز متادون، در افراد گروه آزمایش در فرایند طرحواره‌درمانی، تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی آن‌ها و آگاهی نسبت به طرحواره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای و یادگیری پیرامون چگونگی انتخاب رفتارها و پاسخ‌های سازگارانه‌تر در زمان برانگیخته شدن طرحواره‌های ناسازگار و جایگزین کردن آن‌ها به جای مصرف بیش از اندازه‌ی داروی متادون بود. به عبارت دیگر، آگاهی افراد گروه آزمایش از طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خودشان در جریان درمان و یادگیری نحوه‌ی برخورد صحیح با این طرحواره‌ها توانست، تأثیر مستقیم و معناداری بر روی کاهش دوز متادون مصرفی این افراد که نوعی پاسخ مقابله‌ای (یانگ، و همکاران، ۲۰۰۳)، به حساب می‌آید بگذارد. به طور کلی می‌توان گفت افرادی که تحت درمان با داروی متادون بودند با به‌کارگیری راهبردهای طرحواره‌درمانی و برقراری یک رابطه‌ی درمانی مناسب شامل رویاروی‌سازی همدلانه و باز والدینی حد و مرزدار، که تأثیر بسیار خوبی در برطرف شدن نیازهای برآورده نشده‌ی دوران کودکی این افراد داشت، آگاه شدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر شگرفی بر روی مدل مصرف متادون آن‌ها در زمان حال دارد، و با کار کردن روی این طرحواره‌ها و مخصوصاً پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، دوز متادون این افراد کاهش پیدا کرد. از محدودیت‌هایی که در انجام این پژوهش وجود داشت این بود که این درمان فقط بر روی مردان تحت درمان با نگهدارنده متادون صورت گرفت و قابل تعمیم به زنان و افراد تحت درمان با درمان‌های دیگر پزشکی و افراد دارای اختلالات اعتیادی که از درمان خاصی بهره نمی‌برند نمی‌باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود طرحواره‌درمانی بر روی افراد دارای اختلالات اعتیادی که تحت درمان‌های پزشکی دیگری هستند و افراد معتادی که تحت هیچ‌گونه درمان پزشکی نیستند مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان در مراکز ترک اعتیاد، مخصوصاً برای افرادی که تحت درمان با داروی متادون هستند از طرحواره‌درمانی جهت پیشبرد بهتر درمان و کاهش دوز دارو استفاده کنند.

منابع

- ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۸۹). گروه درمانی معتادان جلسات روانی-آموزشی (چاپ دوم)، اصفهان: کنکاش.
- افشاری، رامین؛ زارع، ایرج؛ معین، لادن؛ نظری، قاسم؛ و نقوی، محمدرضا (۱۳۹۰). تبیین میزان اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی گروهی بر اختلال شخصیت دسته B مردان وابسته به مواد. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱(۴)، ۱۱۹-۱۳۴.
- تاجیک‌زاده، فخری؛ زارع، ایرج؛ نظری، قاسم؛ افشاری، رامین (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه‌ی شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۷)، ۷۵-۹۷.
- خوش لهجه صدق، انیسی؛ ابوالمعالی، خدیجه؛ خوش لهجه، زهرا؛ عزیززاده فرشلاف ایمانی، احسان؛ و حسینی، علی (۱۳۹۱). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگارانه‌ی افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۷(۲۳)، ۴۹-۶۰.
- ساعد، امیر؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول؛ سلطانی، مرضیه (۱۳۸۹). مقایسه‌ی باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد. *فصلنامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۵(۱۷)، ۷۵-۹۰.
- سهند، بهرام؛ زارع، حسین؛ فتی، لادن (۱۳۸۹). مقایسه‌ی حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی. *اعتیادپژوهی*، ۳(۱۱)، ۶۵-۸۲.
- شیرین‌زاده، صمد (۱۳۸۵). *مقایسه‌ی اعتقادات فراشناختی و مسئولیت در بیماران اختلال وسواس، اضطراب عمومی و افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز، دانشکده روان‌شناسی بالینی.
- عسگری جنت‌آبادی، محمد (۱۳۹۱). *بررسی مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های طرحواره‌درمانی گروهی و واقعیت‌درمانی در کاهش میزان عود و افزایش سلامت عمومی معتادان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- فیروزی، محمدرضا؛ خرامین، شیرعلی؛ احمدی، سیروس؛ پناهی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد افیونی. *ارمغان دانش*، ۲۰(۱۰۳)، ۷۴۴-۷۵۵.

- فیشر، پتر؛ و ولز، آدرین (۲۰۰۹). *فراشناخت درمانی*. ترجمه‌ی منصور بیرامی و علی خادمی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات علم.
- قدیمی، آزاده؛ کرمی، جهانگیر؛ یزدانبخش، کامران (۱۳۹۳). رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی با استعداد اعتیاد. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲)، ۶۷-۷۳.
- کاظمی، حمید؛ مطهری، سارا (۱۳۹۲). رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالات فراشناختی در دانش‌آموزان دختر و پسر. *مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی رفتاری*، ۳(۱)، ۲۲-۱۱.
- کوری، ماریان‌اشنایدر و کوری، جرالده (۲۰۰۲). گروه‌درمانی، ترجمه‌ی سیف‌الله بهاری، بایرامعلی رنجگر و همکاران (۱۳۹۴). تهران: نشر روان.
- ناصری، اسماعیل؛ سهرابی، فرامرز؛ برجلی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره‌درمانی دو وجهی در درمان وابستگی به هروئین همبود با اختلال شخصیت ضد اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۷۵-۹۷.
- نوروزی، علیرضا؛ صابری زفرقندی، محمدباقر؛ گیلانی‌پور، مهسا (۱۳۹۰). راهنمای درمان بستری سوء‌مصرف مواد (چاپ اول). تهران: انتشارات سپید برگ.
- ولز، آدرین (۲۰۰۹). *فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی*. ترجمه‌ی مهدی اکبری و ابوالفضل محمدی (۱۳۹۱). تهران: کتاب ارجمند.
- ولز، آدرین (۲۰۰۸). *راهنمای عملی درمان فراشناخت، اضطراب و افسردگی*. ترجمه‌ی شهرام محمدخانی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات علم.
- ولز، آدرین (۲۰۰۰). اختلالات هیجانی و فراشناخت بدعت در درمان‌های شناختی. ترجمه‌ی فاطمه بهرامی و شیوا رضوان (۱۳۸۴). اصفهان: نشر مانی.
- وزیریان، محسن؛ محسنی‌فر، ستاره؛ مستشاری، گلاره (۱۳۸۴). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست (ویرایش دوم).
- یانگک، جفری؛ کلوکسو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). طرحواره‌درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی. ترجمه‌ی حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). جلد اول (چاپ پنجم)، تهران: انتشارات ارجمند.

American psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed)*. Washington, DC: Auth.

Agrawal, A., Budney, A. J., & Lynskey, M. T. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), 1221-1233.

- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2013). Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322, DOI:10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Brook, D. M., & Spitz, H. I. (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: the howrth medical press.
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 545-553.
- Ball, S. A., Yong, E. J. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavior Practice*, 27, 270-281.
- Garland, E. L., Carter, K., Ropes, K., Howard, M. O. (2011). Thought suppression, impaired regulation of urges, and Addiction-Stroop predict affect-modulated cue-reactivity among alcohol dependent adults, *Biological Psychology*, 89(1), 87-93.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 387-410, DOI: 10.1016/j.chc.2016.03.001.
- Hopwood, C. J., Schade, N., Matusiewicz, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2015). Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Substance use & misuse*, 50(2), 251-256.
- Jurgen, H., Johannes, H., & Johannes, L. (2007). Metacognition in Alcohol Abusers: How are Alcohol-Related Intrusions Appraised? *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 817-831.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Lundholm, L. (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. PH.D unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala University.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- Mc-Kay, J. R. (2009). Treating substance use disorders with adaptive continuing care. *American Psychological Association*, 3(6), 45-49.
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & Mc. Guire, J. (2009). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes

- associated with a brief residential abstinence program, *Journal of cognitive therapy research*, 34, 207-215.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Shorey, R., Elmquist, J., Anderson, S., Stuart, G. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences*, 83, 6-12.
- Steven, J., & Ondersma, M. (2010). The impact of Meta cognitive therapy on substance abuse treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 167-175.
- Substance Abuse and mental health services Administration (SAMHSA), Office of applied studies. (2010).
- Spad, M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, Emotional and alcohol use, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 150-155.
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., Dunlop, A., . . . Doherty, E. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: client and clinician report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 24-30.
- Tneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behavior*, 24(2), 167-174.
- Wasmuth, S., outcalt, J., buck, K., Leonhardt, B., vohs, J., & Lysaker, P. (2015). Metacognition in persons with substance abuse: Finding and implications for occupational therapists. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 82(3), 150-159.
- White, J., & Lopatko, O. (2007). Opioid maintenance: A comperative review of farmacological stratgies. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 8(1), 1-11.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A., Carwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta-cognition: In movative cognitive therapy*. Led Chichester: wiley and sons, pp. 14-25.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapyf or personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, EL: Professional Resource Exchange.