

# اثربخشی طرح واره درمانی دو وجهی در درمان وابستگی به هروئین همبود با اختلال شخصیت ضداجتماعی

اسماعیل ناصری<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>، احمد برجعلی<sup>۳</sup>، محمدرضا فلسفی نژاد<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۳۰

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۲

## چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرح واره درمانی دو وجهی در درمان مردان وابسته به هروئین مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD) انجام شده است. در یک طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه، سه آزمودنی مرد وابسته به ماده هروئین مبتلا به ASPD، بر اساس پرسشنامه چندمحوری میلون و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو و به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. مداخله درمانی، در ۲۸ جلسه و در ۲۴ هفته به کار گرفته شد و مرحله پیگیری نیز سه ماه پس از پایان درمان دنبال شد. آزمودنی ها نیمرخ اعتیاد مادزلی و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره های یانگ را تکمیل کردند و داده ها با استفاده از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تحلیل شدند.

نتایج نشان دادند که طرح واره درمانی دو وجهی بطور معناداری، موجب کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر و بهبود سلامت جسمانی و روان شناختی و کنش فردی و اجتماعی شد. طرح واره درمانی دو وجهی در درمان مردان وابسته به هروئین مبتلا به ASPD موثر است.

**واژگان کلیدی:** وابستگی به هروئین؛ اختلال شخصیت ضداجتماعی؛ طرح واره

درمانی دو وجهی

---

۱ دکتر تخصصی روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) enaseri7@yahoo.com

۲ دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی smar567@yahoo.com

۳ دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی borjali@atu.ac.ir

۴ استادیار گروه سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبائی falsafinejad@yahoo.co.uk

## مقدمه

دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد<sup>۱</sup> (UNODC) در گزارش سالیانه خود در سال ۲۰۱۲، درباره وضعیت مصرف مواد<sup>۲</sup> (WDR) برآورد کرده است که در سال ۲۰۱۰ در حدود ۲۳۰ میلیون نفر یا ۰/۰۵٪ از جمعیت بزرگسال در جهان، حداقل یک ماده غیر قانونی را مصرف کرده‌اند. از این تعداد، در حدود ۲۷ میلیون نفر، مصرف کننده مسئله دار مواد هستند. مصرف هروئین، کوکائین و مواد دیگر هر ساله موجب مرگ تقریباً ۲ میلیون نفر در جهان، فروپاشی خانواده‌ها و رنج و گرفتاری برای هزاران انسان دیگر می‌شود. مواد غیر قانونی موجب تضعیف رشد اقتصادی و اجتماعی می‌شود و با گسترش جرائم، ناپایداری، ناامنی و HIV مرتبط است. در چند دهه گذشته شاهد معرفی نظریه‌ها و روش‌های گوناگون درمانی برای تبیین علل مصرف مواد و درمان اختلالات وابسته به آن بوده‌ایم. صرف نظر از مبنای نظری شیوه‌های درمانی و فنون مورد استفاده آنها، یکی از گرفتاری‌های مشترک همه درمان‌های موجود در حوزه اعتیاد، فراوانی بالای لغزش و بدنبال آن عود درمانجویان می‌باشد. اختلال مصرف مواد<sup>۳</sup> یا سوء مصرف مواد یک بیماری مزمن و عود کننده است (ژی<sup>۴</sup> و مک هوگو<sup>۵</sup>، فاکس<sup>۶</sup> و دریک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

در تبیین علل فراوانی بالای لغزش و عود در حوزه درمان وابستگی به مواد به عوامل گوناگونی اشاره شده است. یکی از عوامل مهم تأثیر گذار در نتایج درمان وابستگی به مواد، شیوع بالای رخداد همزمان و همبودی<sup>۸</sup> اختلال‌های شناخته شده روانپزشکی بویژه اختلالات شخصیت<sup>۹</sup> با اختلال وابستگی به مواد است (تورتن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوکوی<sup>۱۱</sup>،

1 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

2 World Drug Report (WDR)

3 substance use disorder

4 Xie

5 McHugo

6 Fox

7 Drake

8 comorbidity

9 personality disorders

10 Thornton

11 Kokkevi

استفانیس<sup>۱</sup> و آناستاسوفولو<sup>۲</sup> و کاستاجیانی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ ورهول<sup>۴</sup>، ون دن بوش<sup>۵</sup> و بال<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ فارل<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیشتر از ۵۰٪ از افراد معتاد یک اختلال روانپزشکی همبود دارند و اینکه اختلالات شخصیت بیشترین همبودی را با اختلال مصرف مواد دارند (سادوک<sup>۸</sup> و سادوک، ۲۰۰۷).

اکثریت افراد مصرف کننده مواد (۷۰٪) معیارهای تشخیصی یک یا چند اختلال شخصیت را برآورده می‌کنند (رونساویله<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلالات شخصیتی مرتبط با خوشه B (ضد اجتماعی<sup>۱۰</sup>، مرزی<sup>۱۱</sup> و با فراوانی کمتر خودشیفته<sup>۱۲</sup> و نمایشی<sup>۱۳</sup>) شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال وابستگی به مواد است (بال، ۲۰۰۴؛ مولوی و همکاران، ۱۳۸۸) و اینکه اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۱۴</sup> (ASPD) بیشترین همبودی را با اختلال وابستگی به مواد بویژه ماده مخدر هروئین دارد (ریگری<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ کمپتون<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ کمپتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ مولوی و همکاران، ۱۳۸۸؛ والتر<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ASPD با نتایج ضعیف درمان، کنش روانی اجتماعی نابسند، الگوهای مصرف مواد مسئله ساز و

- 
- 1 Stefanis
  - 2 Anastasopoulou
  - 3 Kostogianni
  - 4 Verheul
  - 5 Van den Bosch
  - 6 Ball
  - 7 Farrell
  - 8 Sodock
  - 9 Rounsaville
  - 10 antisocial
  - 11 borderline
  - 12 narcissitic
  - 13 histrionic
  - 14 antisocial personality disorder (ASPD)
  - 15 Regier
  - 16 Compton
  - 17 Walter

نقایصی در پردازش هیجانی مرتبط است (گالن<sup>۱</sup>، براور<sup>۲</sup>، گلیسپی<sup>۳</sup> و زاگر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ بیربامر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

ASPD یک اختلال ناتوان کننده طولانی مدت است که قویاً با مشکلات مصرف مواد و خطر آسیب به خود و دیگران مرتبط است (نوفلد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). نرخ شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۴ درصد و در بین افراد مراجعه کننده برای درمان وابستگی به مواد بین ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (همان منبع). افراد مبتلا به ASPD با ناتوانی در انطباق با هنجارهای اجتماعی که حاکم بر رفتارهای فردی هستند، مشخص می شوند. چنین افرادی تکانشی، خودمحمور و غیر مسئول هستند و توانایی تحمل ناامیدی و محرومیت را ندارند. این افراد انضباط و متولیان قدرت را نمی پذیرند و وجدان رشد نیافته ای دارند. گرچه این اختلال با جنایتکاری مرتبط است، مترادف آن نیست (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). محققان بطور پیوسته روی نیاز به گسترش یا اصلاح درمان های موجود تاکید کرده اند تا به نیازهای ویژه و مشکلات شناختی، رفتاری، هیجانی و عقلانی سوء مصرف کنندگان مبتلا به اختلالات شخصیت پرداخته شود (کاسیولا<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

با توجه به اینکه وجود اختلال های شخصیت می تواند پیش بینی کننده پاسخ ضعیف به درمان وابستگی به مواد باشند (کامپتون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ رز<sup>۹</sup>، درماتیس<sup>۱۰</sup>، لوونیس<sup>۱۱</sup> و گالاتر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳)، این پرسش ایجاد می شود که آیا درمان همزمان اختلالات شخصیت (بویژه ASPD) همبود با اختلال وابستگی به مواد می تواند بر میزان مانایی در درمان و دوره پاک و به عبارت دیگر اثربخشی درمان وابستگی به مواد تاثیر گذار باشد؟ نتایج پژوهش های پیشین،

- 
- 1 Galen
  2. Brower
  - 3 Gillespie
  - 4 Zucker
  - 5 Birbaumer
  - 6 Neufeld
  - 7 Cacciola
  - 8 Compton
  - 9 Ross
  - 10 Dermatis
  - 11 Levounis
  - 12 Galanter

نشان می‌دهند که درمان اشخاصی که همزمان مبتلا به دو اختلال هستند و مشکلات شدید دارند، باید هر دو اختلال را در بر گیرد چرا که این کار، هنگامی که اختلالات شخصیتی نیز مورد هدف قرار گیرند، منجر به دست یافتن به نتایج درمانی بهتر برای بیمار می‌شود (وندن بوش<sup>۱</sup> و ورهول، ۲۰۰۷).

از نظر یانگ<sup>۲</sup> طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۳</sup> باعث تحول و رشد اختلالات مزمن روانی بویژه اختلالات شخصیت می‌شوند. وی معتقد است که طرح‌واره‌های اولیه محتوای خاصی دارند و در تاریخچه‌ی رشد دوران کودکی ریشه دارند و نه تنها باورهای شناختی و فرض‌ها، بلکه فرایندهای عاطفی و ارتباطی و ساختارهای حافظه‌ای ناکارآمد را در بر می‌گیرند. در نظریه یانگ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیشترین ارتباط را با اختلالات محور II و اختلالات مزمن عودکننده و مقاوم به درمان محور I دارند. بسیاری از افراد وابسته به مواد در یکی از این دو مقوله جای می‌گیرند (یانگ، کلووسکو<sup>۴</sup> و ویشار<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به این که اختلالات شخصیت شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی همبود در افراد سوء مصرف‌کننده‌ی مواد می‌باشند، منطقی است که فرض کنیم قسمت اعظم افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باورها و نگرش‌های ناکارآمد را حتی پس از دوره‌های طولانی ترک تجربه می‌کنند و این باورها ممکن است به وسیله‌ی مصرف مزمن مواد تشدید شوند. بنابراین این پرسش مطرح می‌شود که آیا در افراد وابسته به مواد که به ASPD نیز مبتلا هستند، بکارگیری رویکردهای درمانی که همزمان و به موازات پرداختن به مشکلات مرتبط با وابستگی روانی و جسمانی کنار گذاشتن مواد، به درمان اختلالات شخصیتی همبود نیز می‌پردازد می‌تواند در درمان افراد وابسته به مواد مبتلا به ASPD، اثربخش باشد و از لغزش و عود مجدد در یک دوره زمانی کوتاه پیشگیری کند؟

---

1 Van den Bosch

2 Yong

3 primary maladaptive schema

4 Klosko

5 Weishaar

الگوی طرح‌واره درمانی دو وجهی<sup>۱</sup> به منظور درمان همزمان مشکلات مرتبط با وابستگی روانی و جسمانی به مواد و اختلالات شخصیتی همبود طراحی شده است (بال، ۱۹۹۸؛ بال و رون ساویله، ۲۰۰۶؛ بال و یانگ، ۲۰۰۰). طرح‌واره درمانی دو وجهی، اعتیاد را به عنوان یک اختلال اصلی در نظر می‌گیرد. اما در این مدل فعالیت طرح‌واره و اجتناب ناسازگارانه به عنوان عوامل تحریک‌کننده خطر مداوم عود در افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی مهم مفهوم پردازی می‌شود. طرح‌واره درمانی دو وجهی از تکنیک‌های کلاسیک و نشانه محور مهارت‌های مقابله با جلوگیری از عود برای عوامل بین فردی، عاطفی و میل به مصرف ماده (بال، ۲۰۰۷) و تکنیک‌های مبتنی بر طرح‌واره برای طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای (یانگ، ۱۹۹۴؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) تشکیل شده است. این رویکرد از طریق توجه به نشانه‌های کنونی، تعارض‌ها و مشکلات تلاش می‌کند تا خطر عود اختلالات محور I را کاهش دهد و ثبات شناختی، هیجانی و بین فردی لازم برای کار بر روی مشکلات شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای را افزایش دهد. اگرچه کار بر روی آغاز و تداوم ترک مواد به طور مداوم با رویکرد طرح‌واره درمانی یکپارچه شده است، درمانگر می‌تواند در موارد لازم بر روی مهارت‌های جلوگیری از عود تمرکز کند. بنابراین می‌توان به این جمع بندی رسید که شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد مخدر مبتلا به ASPD و بکارگیری روش‌های مداخله‌ای با هدف غیر فعال کردن آن‌ها می‌تواند در درمان این افراد کارآمد و اثربخش باشد. هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی دو وجهی در کاهش مصرف مواد، رفتارهای پرخطر و فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مشکلات جسمانی و روان شناختی و بهبود کنش فردی و اجتماعی مردان وابسته به هرئین مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی است.

## روش پژوهش

در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه<sup>۱</sup> استفاده شد. طرح‌های تجربی تک موردی ویژگی‌های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی روی شرایط درمان، سنجش مداوم و تشکیل خط پایه از آن جمله است (بارلو<sup>۲</sup> و هرسن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴). جامعه کلی این پژوهش مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به ASPD می‌باشند که برای درمان وابستگی به مواد مخدر به مراکز ترک اعتیاد (متادون کلینیک) شهر تهران مراجعه کرده‌اند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه‌گیری هدفمند<sup>۴</sup> است.

به منظور تشخیص اولیه ASPD، بین مراجعینی که برای درمان وابستگی به مواد مخدر به سه مرکز ترک اعتیاد مراجعه کردند، پرسشنامه چندمحوری میلون<sup>۵</sup> (MCMI-III) و در ادامه و برای تشخیص قطعی ASPD، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو<sup>۶</sup> (SCID-II) اجرا شد و در نهایت تعداد سه نفر که ملاک‌های لازم برای ورود به دوره درمانی را دارا بودند انتخاب شدند. آزمودنی الف، ۳۷ ساله، تجربه دو بار طلاق، دارای مدرک تحصیلی سیکل و در تهیه مسکن مشغول به کار است و به مدت ده سال درگیر مصرف مواد بوده‌اند. آزمودنی ب، ۳۴ ساله، مجرد، دارای مدرک تحصیلی سیکل و بیکار است و به مدت هشت سال درگیر مصرف مواد بوده‌اند. آزمودنی ج، ۳۶ ساله، مجرد، دیپلمه و بیکار است و به مدت ۷ سال درگیر مصرف مواد بوده‌اند. دو آزمودنی الف و ب، بخاطر رفتارهای غیر قانونی چندین بار به زندان رفته‌اند.

پس از انتخاب نمونه واجد شرایط، طرح‌واره درمانی دو وجهی (بال، ۱۹۹۸؛ بال و یانگ، ۲۰۰۰؛ بال و رون ساویله، ۲۰۰۶) در ۲۸ جلسه و در ۲۴ هفته به کار گرفته شد. در جلسه اول، کلیات درمان طرح‌واره‌ای دو وجهی، تعداد جلسات و قرار دیدارهای هفتگی برای آزمودنی‌ها مطرح و رضایت آن‌ها برای شروع فرایند درمانی جلب شد. جلسات بصورت

1 Single Subject Research Design Multiple Baseline

2 Barlow

3 Hersen

4. Purposeful sampling

5 Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III)

6 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID- II)

انفرادی برگزار شد. در ادامه، آزمودنی‌ها با یک ترتیب زمانی مشخص در فرایند درمان قرار گرفتند، بدین گونه که در جلسه دوم درمان آزمودنی الف و با مشاهده تغییرات اولیه، آزمودنی ب وارد طرح درمان شد. در جلسه سوم آزمودنی الف و جلسه دوم آزمودنی ب، آزمودنی ج وارد طرح درمان شد. نیمرخ اعتیاد مادزلی<sup>۱</sup> (MAP) در دو مرحله خط پایه و در جلسات اول، هفتم، چهاردهم، بیست و یکم، و نیز در جلسه آخر یعنی جلسه بیست و هشتم درمان برای آزمودنی‌ها تکمیل شد. فرم بلند پرسشنامه طرحواره‌های یانگ<sup>۲</sup> (YSQ) توسط آزمودنی‌ها در دو مرحله خط پایه و در جلسات اول و آخر درمان تکمیل شد. مرحله پیگیری نیز سه ماه دنبال شد تا پایداری اثرات درمان برآورد شود.

#### ابزار سنجش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

**پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III):** یک پرسشنامه خودسنجی استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد. MCMI از جمله آزمون‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلالات همراه هستند تأکید می‌کند. این پرسشنامه در ایران توسط شریفی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. نتایج تحقیق شریفی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های این پرسشنامه خوب بوده است. آلفای کرونباخ برای مقیاس شخصیت ضد اجتماعی ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۶ است. MCMI قبل از اجرای خط پایه برای انتخاب افرادی که اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند اجرا شد.

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو (SCID-II):** از این مصاحبه برای تشخیص قطعی ASPD استفاده شد. SCID-II به منظور ارزیابی اختلالات شخصیت در محور دو تهیه شده است و شامل تمامی دوازده نوع اختلال شخصیت مطرح شده در DSM-IV است. روایی آن خوب و پایایی این ابزار از ارزیابی بالینی بهتر است (بلکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

1 Maudsley Addiction Profile (MAP)

2 Young schema Questionnaire(YSQ)

3 Blacker



مافی<sup>۱</sup> و همکاران در پژوهشی پایایی ارزیاب‌ها<sup>۲</sup> و همسانی درونی<sup>۳</sup> SCID-II را در یک گروه نمونه ۲۳۱ نفری از بیماران سرپایی و بستری را مورد سنجش قرار دادند. ضرایب پایایی ارزیاب‌ها برای تشخیص مقوله‌ای<sup>۴</sup> (کاپای کوهن<sup>۵</sup>) در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۸. و برای قضاوت‌های ابعادی<sup>۶</sup> (ضریب همبستگی فرا طبقه‌ای<sup>۷</sup>) در دامنه‌ای بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۸. قرار داشتند. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۴. قرار داشتند که رضایتبخش هستند.

**نیمرخ اعتیاد مادزلی (MAP):** MAP نتایج درمانی افراد وابسته به مواد (الکل و مواد دیگر) را در چهار زیرمقیاس مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی و روان‌شناختی و کنش فردی و اجتماعی و با ۶۰ آیتم در طی یک فرایند مصاحبه مورد سنجش قرار می‌دهد. MAP برای افراد بزرگسال تهیه شده است و در طول ۱۲ دقیقه قابل اجرا است و نمره گذاری بر اساس راهنمای آن حدود ۲ تا ۳ دقیق طول می‌کشد. این نیمرخ به طور اختصاصی جهت پژوهش طراحی شده است و هم‌چنین از آن می‌توان جهت بررسی وضعیت بیماران و روند بهبودی آن‌ها در طول دوره درمان استفاده کرد. پایایی بازآزمایی MAP در یک دوره زمانی سه روزه، در مقیاس مصرف مواد، برای فراوانی و مقدار مصرف هروئین به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و در سه مقیاس دیگر بطور میانگین ۰/۸۱ گزارش شده است (مرسدن و همکاران، ۱۹۹۸).

- 
- 1 Maffei
  - 2 interrater reliability
  - 3 internal consistency
  4. categorical diagnosis
  - 5 Cohen
  - 6 dimensional judgements
  - 7 intraclass correlation coefficient

پرسشنامه طرحواره‌های یانگ<sup>۱</sup>، فرم کوتاه (YSQ-SF): این پرسشنامه، ۷۵ گویه ای پانزده طرحواره ناسازگار اولیه را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش والر<sup>۲</sup>، مایر<sup>۳</sup> و اهانیان<sup>۴</sup> (۲۰۰۱)، پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای یک گروه نمونه از زنان مبتلا به اختلالات خوردن ۹۶٪ و در بین گروه غیر بالینی، ۹۲٪ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای هر یک زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۸٪ بود که در مجموع قابل قبول است. هم‌چنین در این پژوهش، روایی تمیزی<sup>۵</sup> و پیش بین<sup>۶</sup> YSQ-SF معنادار و قابل قبول محاسبه شد.

به منظور بررسی معناداری آماری از شاخص تغییر پایا<sup>۷</sup> (RCI)، و معناداری بالینی<sup>۸</sup> از درصد بهبودی استفاده شد. RCI اولین بار توسط جیکوبسن<sup>۹</sup> و تراکس<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی و شبه تجربی تک موردی معرفی شد. در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد. برای آن که RCI از نظر آماری معنادار باشد، بایستی قدر مطلق نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود که نشان دهنده این است که نتایج بدست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه گیری (خانی پور، ۱۳۸۹). هم‌چنین معناداری بالینی از طریق فرمولی که نخستین بار توسط بلانچارد<sup>۱۱</sup> و اسکوارز<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۸) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارایه شده است نیز محاسبه شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است (حمیدپور، ۱۳۸۸). در این فرمول نمره پیش

1 Young Schema Questionnaire (YSQ)

2 Waller

3 Meyer

4 Ohanian

5 discriminative validity

6 predictive validity

7 Reliable change index

8 clinical significances

9 Jacobson

10 Trax

11 Blanchard

12 Schwarz

آزمون را از نمره پس آزمون کم نموده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌نماییم. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد.

### یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمرات هر سه آزمودنی الف، ب و ج در زیر مقیاس رفتارهای پرخطر MAP، در جلسه آخر (جلسه بیست و هشتم) کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و درصد بهبودی برای آزمودنی الف، ۰/۷۰، برای آزمودنی ب، ۰/۷۲، و برای آزمودنی ج، ۰/۷۷ است. اندازه درصد بهبودی در آزمودنی ج، بیشترین و در آزمودنی الف کمترین است و برای هر سه آزمودنی قابل ملاحظه است. نتایج MAP در سه ماه پی‌گیری نشان داد که دو آزمودنی ب و ج، به بهبودی بیشتری دست یافتند، اما روند پیشرفت آزمودنی الف، ثابت ماند و در رتبه آخر قرار گرفت.

جدول ۱. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس رفتارهای پرخطر MAP

آزمودنی	آزمودنی ب	آزمودنی الف	
ج	۱۵	۱۴	خط پایه اول
۱۴	۱۴	۱۳	خط پایه دوم
۱۲	۱۲	۱۱	جلسه اول
۱۱	۱۰	۸	جلسه هفتم
۸	۷	۷	جلسه چهاردهم
۶	۶	۵	جلسه بیست و یکم
۵	۴	۴	جلسه بیست و هشتم
۳	۰/۷۲	۰/۷۰	درصد بهبودی کلی
۰/۷۷	۰/۷۳		
۳	۳	۵	ماه اول پیگیری
۲	۴	۴	ماه دوم پیگیری
۲	۳	۴	ماه سوم پیگیری
۰/۸۴	۰/۷۹	۰/۷۰	درصد بهبودی کلی
	۰/۷۷		

شاخص تغییر پایا	۱۴/۳۳	۱۷/۴۲	۱۶/۶۶
-----------------	-------	-------	-------

جدول ۲. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس مصرف مواد MAP

آزمودنی	آزمودنی الف	آزمودنی ب	آزمودنی ج
خط پایه اول	۳۰	۳۰	۳۰
خط پایه دوم	۲۶	۲۷	۲۵
جلسه اول	۲۴	۲۵	۲۲
جلسه هفتم	۱۷	۱۹	۱۴
جلسه چهاردهم	۱۰	۱۲	۱۱
جلسه بیست و یکم	۷	۹	۶
جلسه بیست و هشتم	۵	۷	۴
درصد بهبودی	۰/۸۲	۰/۷۵	۰/۸۵
بهبودی کلی		۰/۸۰	
ماه اول پیگیری	۶	۸	۵
ماه دوم پیگیری	۴	۶	۳
ماه سوم پیگیری	۴	۵	۲
درصد بهبودی	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۹۲
بهبودی کلی		۰/۸۶	
شاخص تغییر پایا	۴۰/۶۷	۳۹/۸۳	۴۳/۲۲

نمره شاخص تغییر پایا (RCI) برای هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است، یعنی نتایج بدست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری. نمرات هر سه آزمودنی الف، ب و ج در زیرمقیاس مصرف مواد MAP، در جلسه آخر (جلسه بیست و هشتم) نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و درصد بهبودی برای آزمودنی الف، ۰/۸۲، برای آزمودنی ب ۰/۷۵، و برای آزمودنی ج، ۰/۸۵ است (جدول ۲). نتایج MAP در سه ماه پی‌گیری نشان داد که هر سه آزمودنی به بهبودی بیشتری دست یافتند و از وضعیت وابستگی به مواد به وضعیت سوء مصرف تغییر کرده‌اند. نمره شاخص تغییر پایا (RCI) نیز برای هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمرات هر سه آزمودنی الف، ب و ج در زیر مقیاس کنش فردی و اجتماعی MAP، در جلسه آخر (جلسه بیست و هشتم) افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته و درصد بهبودی برای آزمودنی الف، ۰/۶۳، برای آزمودنی ب ۰/۶۴، و برای آزمودنی ج، ۰/۷۸ است. نتایج MAP در سه ماه پی‌گیری نشان داد که دو آزمودنی ب و ج، به بهبودی بیشتری دست یافتند، اما روند پیشرفت آزمودنی الف، ثابت ماند. نمره شاخص تغییر پایا (RCI) نیز برای هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است. نمرات هر سه آزمودنی در زیر مقیاس سلامت MAP، که دربرگیرنده مشکلات جسمانی و روان‌شناختی است، در جلسه آخر (جلسه بیست و هشتم) نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و درصد بهبودی برای آزمودنی الف، ۰/۴۵، برای آزمودنی ب ۰/۵۱، و برای آزمودنی ج، ۰/۵۵ است (جدول ۴). نتایج MAP در سه ماه پی‌گیری نشان داد که هر سه آزمودنی به بهبودی بیشتری دست یافتند. نمره شاخص تغییر پایا (RCI) نیز برای هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است.

در جدول ۵ نمرات بدست آمده از تکمیل YSQ برای هر سه آزمودنی آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که در جلسه آخر (جلسه بیست و هشتم)، مراجعان الف، ب و ج به ترتیب به ۰/۳۳ درصد، ۰/۴۲ درصد و ۰/۴۵ درصد بهبودی دست یافتند و این روند تا سه ماه پی‌گیری برای آزمودنی‌های الف و ج حالت افزایشی داشت. مراجع ج، بیشترین کاهش نمرات و درصد بهبودی را در مقایسه با دو آزمودنی دیگر داشت. یادآوری این نکته ضروری است که در YSQ به بررسی نمرات طرح‌واره‌ای پرداختیم که سه آزمودنی بیشترین نمره را کسب کرده بودند. به این ترتیب مراجع الف، طرح‌واره معیارهای سرسختانه<sup>۱</sup>، آزمودنی ب، طرح‌واره ایثار<sup>۲</sup> و آزمودنی ج، طرح‌واره محرومیت هیجانی<sup>۳</sup> داشتند.

---

1 unrelenting standards  
 2 self-sacrifice  
 3 emotional deprivation

جدول ۳. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کنش فردی و اجتماعی MAP

آزمودنی	آزمودنی ب	آزمودنی الف	
ج			
۱۰	۱۸	۲۴	خط پایه اول
۱۳	۲۳	۲۷	خط پایه دوم
۱۴	۲۵	۲۹	جلسه اول
۲۰	۳۱	۳۵	جلسه هفتم
۳۸	۳۹	۴۳	جلسه چهاردهم
۴۵	۴۵	۵۴	جلسه بیست و یکم
۵۳	۵۷	۶۹	جلسه بیست و هشتم
۰/۷۸	۰/۶۴	۰/۶۳	درصد بهبودی
	۰/۶۸		بهبودی کلی
۵۵	۵۹	۶۵	ماه اول پیگیری
۵۹	۶۲	۶۷	ماه دوم پیگیری
۶۴	۶۷	۷۰	ماه سوم پیگیری
۰/۸۲	۰/۶۹	۰/۶۳	درصد بهبودی
	۰/۷۱		بهبودی کلی
۱۹/۴۴	۱۷/۲۲	۱۶/۴۸	شاخص تغییر پایا

جدول ۴. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس سلامت جسمانی و روان‌شناختی MAP

آزمودنی	آزمودنی ب	آزمودنی الف	
ج			
۶۹	۷۱	۷۲	خط پایه اول
۶۶	۶۸	۷۰	خط پایه دوم
۶۴	۶۶	۶۸	جلسه اول
۵۵	۵۸	۵۹	جلسه هفتم
۴۷	۴۹	۵۱	جلسه چهاردهم
۳۹	۴۱	۴۶	جلسه بیست و یکم
۳۰	۳۴	۳۹	جلسه بیست و هشتم
۰/۵۵	۰/۵۱	۰/۴۵	درصد بهبودی
	۰/۵۰		بهبودی کلی

ماه اول پیگیری	۴۲	۳۹	۳۳
ماه دوم پیگیری	۳۷	۳۷	۳۰
ماه سوم پیگیری	۳۱	۳۳	۲۹
درصد بهبودی	۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۵۷
بهبودی کلی	۰/۵۵		
شاخص تغییر پایا	۳۲/۸۸	۲۹/۹۱	۳۱/۵۵

جدول ۵. مقایسه نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه طرحواره های یانگ (YSQ-SF)

نقطه پایه اول	نقطه پایه دوم	جلسه اول	جلسه بیست و	درصد بهبودی	بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	ماه سوم	درصد بهبودی	بهبودی کلی
۵۷	۵۸	۵۶	۳۲	۰/۳۳	۳۴	۳۰	۲۹	۲۹	۰/۳۵	آزمودنی الف
۶۰	۵۹	۵۸	۲۹	۰/۴۲	۲۹	۲۷	۲۵	۲۵	۰/۴۲	آزمودنی ب
۴۹	۴۷	۴۸	۲۳	۰/۴۵	۲۴	۲۱	۱۸	۱۸	۰/۴۷	آزمودنی ج

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی دو وجهی در درمان مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی انجام شده است. مصرف مواد، رفتارهای پرخطر و طرحواره های ناسازگار اولیه، آماج های اصلی درمان و سلامت جسمانی و روان شناختی و کنش فردی و اجتماعی، از دیگر آماج های درمان محسوب می شوند. نتایج بدست آمده نشان می دهند که طرحواره درمانی دو وجهی در کاهش آماج های اصلی درمان و مشکلات جسمانی و روان شناختی و افزایش کنش فردی و اجتماعی کارآمد بوده است. اینگرام<sup>۱</sup>، هیز<sup>۲</sup> و اسکات<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در بررسی سنجش اثربخشی درمان های روان شناختی به شش متغیر اشاره می کنند. آن ها بر این باورند که نتایج پژوهش های مداخله ای را باید بر

1 Ingram  
2 Hayes  
3 Scott

اساس این متغیرها بررسی نمود. نتایج این پژوهش نیز بر اساس این شش متغیر بررسی می‌گردند:

۱- اندازه تغییر<sup>۱</sup>: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ مصرف مواد، رفتارهای پرخطر و طرحواره‌های ناسازگار اولیه از آماج‌های اصلی درمان بودند. نتایج نشان می‌دهند طرح‌واره درمانی دو وجهی در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است و نمرات همه آزمودنی‌ها در آن‌ها کاهش چشمگیری داشته است. درصد بهبودی هر سه آزمودنی در دو زیرمقیاس مصرف مواد و رفتارهای پرخطر در پایان دوره پیگیری سه ماهه بیشتر از ۰/۵۰ است که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. هم‌چنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است که به معنای معناداری آماری تغییرات است. هر سه آزمودنی پیش از دوره درمانی، تشخیص اختلال وابستگی به مواد داشتند که پس از دوره سه ماه پیگیری به تشخیص سوء مصرف مواد تغییر وضعیت دادند. نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جلسه آخر درمان و در پایان دوره سه ماهه پیگیری، روندی کاهشی داشته است، هر چند که درصد بهبودی برای هر سه آزمودنی پایین تر از نقطه برش ۰/۵۰ درصد است. از نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های اولیه ناسازگار، هرگز از بین نمی‌روند، بلکه می‌توان آن‌ها را نافع‌ال‌کرد و از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آن‌ها کاست. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهند طرح‌واره درمانی دو وجهی در کاهش مشکلات جسمانی و روان‌شناختی و افزایش کنش فردی و اجتماعی موفق بوده است و نمرات همه آزمودنی‌ها در آن‌ها کاهش چشمگیری داشته است. درصد بهبودی هر سه آزمودنی در این دو زیرمقیاس، در پایان دوره پیگیری سه ماهه بیشتر از ۰/۵۰ است که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. هم‌چنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است که به معنای معناداری آماری تغییرات است.

۲- کلیت تغییر<sup>۲</sup>: چند درصد افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟ همان‌طور که نتایج نشان می‌دهند نمرات هر سه آزمودنی در مصرف مواد، رفتارهای پرخطر

1 magnitude of change

2 universally of change



و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (آماج‌های اصلی درمان) و مشکلات جسمانی و روان‌شناختی کاهش چشمگیری داشته است. هم‌چنین نمرات هر سه آزمودنی در زیرمقیاس کنش فردی و اجتماعی افزایش چشمگیری داشته است. غیر از حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تغییرات نمرات در هر سه آزمودنی از لحاظ بالینی و آماری معنادار بوده است، به عبارتی همه آزمودنی‌ها تغییر کرده‌اند.

۳- عمومیت تغییر<sup>۱</sup>: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ بهترین شاخص برای پاسخ به این پرسش، بررسی وضعیت نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کنش فردی و اجتماعی است. هم‌انطور که در جدول ۳ نشان داده شده است نمرات هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس افزایش چشمگیری داشته است. درصد بهبودی هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس بیشتر از ۰/۵۰ است که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. هم‌چنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است که به معنای معناداری آماری تغییرات است. در فرایند درمان ارتباط بین فردی آزمودنی‌ها با افراد خانواده خود، بویژه والدین از جهت کمی و کیفی افزایش و بهبود داشت. در فرایند درمان از میزان فراوانی تعارضات و کشمکش‌های بین فردی آزمودنی‌ها با اعضای خانواده، خویشاوندان و دوستان کاسته شد. بنابراین می‌توان گفت طرح‌واره درمانی دو وجهی موجب تغییر در دیگر حوزه‌های زندگی آزمودنی‌ها شده است.

۴- میزان پذیرش<sup>۲</sup>: آزمودنی‌ها تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟ بطور کلی میزان پذیرش درمان در مبتلایان به اختلال شخصیت کم است. علل این وضعیت می‌تواند در اختلالات گوناگون شخصیت، متفاوت باشد. یکی از این عواملی که می‌تواند در فرایند روان‌درمانی در مراجعین مبتلا به ASPD اختلال ایجاد کند، ترس از صمیمیت است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). این ویژگی می‌تواند ناشی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مثل محرومیت هیجانی و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری در این افراد باشد که می‌تواند منجر به رفتار مقابله‌ای اجتناب شود. آزمودنی‌های این پژوهش، از ابتدا تا

1 generality of change

2 acceptability

انتهای، جلسات درمانی را ادامه دادند و میزان مشارکت فعال آزمودنی‌ها در فرایند درمان افزایش پیدا کرد. این موضوع در مراجع ج در مقایسه با دو آزمودنی دیگر نمود بیشتری داشت. بال (۲۰۰۷) در پژوهشی به منظور بررسی کارآمدی طرحواره درمانی در درمان افرادی که همزمان مبتلا به اختلال مصرف مواد و اختلال شخصیت هستند نشان داد که اتحاد درمانی متقابل بیماران و درمانگران از سطح خوب در ابتدای درمان به سطح خیلی قوی در انتهای درمان رسیده بود. این امر می‌تواند ناشی از تأکید طرحواره درمانی بر رابطه درمانی باشد که مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرحواره‌هاست (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بال و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی نگهداری<sup>۱</sup> و سودمندی<sup>۲</sup> (تعداد هفته‌هایی که در آن جلسات تشکیل شده است) دو روش درمانی DFST و مشاوره گروهی استاندارد سوء مصرف مواد<sup>۳</sup> (SAC) را در افراد بی‌خانمان مصرف‌کننده مواد مبتلا به اختلال شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که سودمندی DFST انفرادی برای مراجعان بیشتر از SAC است. همچنین بال (۲۰۰۷) در پژوهشی به منظور بررسی کارآمدی طرح‌واره درمانی در درمان افرادی که همزمان مبتلا به اختلال مصرف مواد و اختلال شخصیت هستند نشان داد که اتحاد درمانی<sup>۴</sup> متقابل بیماران و درمانگران از سطح خوب در ابتدای درمان به سطح خیلی قوی در انتهای درمان رسیده بود. این امر می‌تواند ناشی از تأکید طرح‌واره درمانی بر رابطه درمانی باشد که مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

۵- ایمنی<sup>۵</sup>: آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران افزایش یافته است؟ برای بررسی این ملاک از زیرمقیاس سلامت جسمانی و روان‌شناختی استفاده شد. این زیرمقیاس نشانگان جسمانی مثل بی‌اشتهایی، خستگی و ضعف و لرزش و نشانگان روان‌شناختی مثل تنش و نگرانی، احساس بی‌ارزشی و تنهایی را می‌سنجد. همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است نمرات هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس کاهش چشمگیری داشته است. درصد

- 
- 1 retention
  - 2 utilization
  - 3 substance abuse counseling (SAC)
  - 4 therapeutic alliance
  - 5 safety

بهبودی هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس بیشتر از ۰/۵۰ است که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. همچنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ است که به معنای معناداری آماری تغییرات است.

۶- ثبات<sup>۱</sup>: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟ همان طور که در جداول ۱ تا ۵ نشان داده شده است روند کاهشی نمرات هر سه آزمودنی در پایان دوره سه ماهه پیگیری در زیرمقیاس‌های مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت جسمانی و روان شناختی و روند افزایشی نمرات زیرمقیاس کنش فردی و اجتماعی هم‌چنان ادامه و یا ثبات داشته است و این موضوع در درصد بهبودی هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس‌ها در پایان دوره سه ماهه پیگیری نیز آشکار است. به عبارتی دیگر، تغییرات ایجاد شده در پایان دوره درمانی، در طی دوره سه ماهه بعد از درمان هم‌چنان پایدار بوده و تداوم داشته است.

افشاری و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که رویکرد طرح‌واره درمانی گروهی بر اختلالات شخصیتی دسته B مردان وابسته به مواد اثربخش است. در این پژوهش نشان داده شد که طرح‌واره درمانی گروهی در بهبود علائم اختلال شخصیت، تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و پیشرفت درمان مؤثر است. بال (۲۰۰۷) در پژوهشی اثربخشی دو درمان فردی DFST و درمان تسهیل دوازده قدمی<sup>۲</sup> را در بیماران وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلالات شخصیت مورد بررسی و مقایسه قرار داد. نتایج نشان داد که DFST بطور معناداری انواع شاخص‌های شدت را کاهش می‌دهد. برای مثال، آزمودنی‌ها در یک دوره شش ماه کاهش فراوانی مصرف مواد را نشان دادند. نوفلد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که درمان رفتاری بر افزایش حضور در جلسات مشاوره و بعضی از شاخص‌های پایین صدمات روانی اجتماعی بیماران وابسته به مخدر مبتلا به ASPD بطور معناداری در مقایسه با گروه کنترل اثربخش است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخلاف تصور غالب بالینگران، با استفاده از الگوهای درمانی جامع مثل DFST، اختلالات وابستگی به مواد هم‌بود

1 stability

2 12 Step Facilitation Therapy (12FT)

3 Neufeld

با اختلالات شخصیت نیز تا اندازه‌ای قابل درمان هستند. در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که طرح‌واره درمانی دو وجهی در کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر و مشکلات جسمانی و روان‌شناختی و بهبود کنش فردی و اجتماعی در بین آزمودنی‌های این پژوهش که بطور همزمان مبتلا به ASPD نیز بودند از اثربخشی لازم برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان یک الگوی مداخله‌ای در درمان افرادی که برای از بین بردن وابستگی به مواد به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند و همزمان مبتلا به اختلالات شخصیت نیز می‌باشند استفاده کرد.

### منابع

- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). کارایی و اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خانی پور، حمید. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک موردی. رساله کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- سادوک، جی. بنجامین و سادوک، ای. ویرجینیا. (۲۰۱۰). راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک. ترجمه امی تیس توکلی. تهران: نشر تیمورزاده.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۱). هنجاریابی آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ در شهر اصفهان. رساله کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- مولوی، پرویز؛ صادقی موحد، فریبا؛ ابولحسن زاده، مسلم؛ مشعوفی، مهرناز؛ محمد نیا، حسین، دیلمی، پروانه و عرب، روح اله. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره نهم، شماره چهارم، صفحات ۳۲۵ الی ۳۳۳.
- یانگ، جفری. کلوکسکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. (۱۳۸۶). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.

یانگ، جفری. (۱۹۹۴). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. (۱۳۸۳). تهران: انتشارات ارجمند.

- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883° 891.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorder and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behaviour Practice*, 7, 270° 281.
- Ball, S. A. (2004). Treatment of personality disorders with co-occurring substance Dual focus schema therapy. In: J. Magnavita (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. New York: John Wiley.
- Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2006). Refinishing without rebuilding: Dual focus schema therapy for personality disorder and addiction. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams, & M. Gibbon (Eds.), *Treatment companion to the DSM-IV-TR casebook* (2nd ed., pp. 53-65). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ball, S. A. (2007). Cognitive-Behavioral and Schema-Based Models for the Treatment of Substance Use Disorders. In Riso, L. P., Toit, P. L., Stein, D. J. and Young, J. E. (Eds.), *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide*. (pp. 111-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ball S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21: 305-321.
- Barlow, D. H. & Hersen, D. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon.
- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W. & Flor, H. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 799° 805.
- Blacker, D. (2005). Psychiatric Rating Scales. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 929-954). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Blanchard, E. B., & Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*, 10, 171-188.
- Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., Alterman, A. I., McKay, J. R., & Snider, E. C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 234° 239.
- Compton, W. M., Cottler, L., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A. & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug

- dependence treatment outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 890-895.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D. & Grant, B. F. (2005). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of DSM-IV Antisocial Personality Syndromes and Alcohol and Specific Drug Use Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 66(6), 677-685.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B & Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, No. 6, pp. 909° 918.
- Galen, L.W., Brower, K. J., Gillespie, B. W. & Zucker, R. A. (2000). Sociopathy, gender, and treatment outcome among outpatient substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 23° 33.
- Ingram, R. E., Hayes, & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In. Syder, C.R & Ingram, R.E(Eds). Handbook of psychological change. (pp.40-60) New York: John Wiley & sons.
- Jacobson, N. S. and Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 12-19.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E, & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, No. 6, pp. 841° 853.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L. & Petrachi M. (1997). Interrater Reliability and Internal Consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 11, No. 3, pp. 279-284.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M. and Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile. A brief instrument for treatment outcome research. Development and User Manual. National Addiction Centre/Institute of Psychiatry, London. Reprint requests: J.marsden@iop.kcl.ac.uk.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP ): a brief instrument for testing outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1868.
- Neufeld, K. J., Kidorf, M. S., Kolodner, K., King, Van L., Clark, M. & Brooner, R. K. (2008). A behavioral treatment for opioid-dependent patients with antisocial personality. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34,101° 111.

- Regier, A. D., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *Journal of American Medical Association*, Vol 264, No. 19.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 87° 95.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P. & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 263-279.
- Sadock, B. J., and Virginia A. Sadock, V. A. (2007). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition.
- Thornton L. K., Baker A. L., Lewin T. J., Kay-Lambkin F. J., Kavanagh, D., Richmond, R., Kelly, B. & Johnson, M. P. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors*, 37 ,427° 434.
- World Drug Report. (2012). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Vienna.
- Van den Bosch, L.M.C and Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:67° 71.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., & Ball, S. A. (2005). Substance abuse. In: J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (eds.), *Textbook of Personality Disorders* (pp. 463° 476). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Waller, G., Meyer, C and Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137 ° 147.
- Walter, M., Degen, B., Treugut, C., Albrich, J., Opperl, M., Schulz, A., Schächinger, H., Dürsteler-Macfarland, K. M., Wiesbeck, G, A. (2011). Affective reactivity in heroin-dependent patients with antisocial personality disorder. *Psychiatry Research*. Volume 187, Issues 1° 2, Pages 210° 213.
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B. & Drake, R. E. (2005). Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*. Vol. 56 No. 10. pp 1282-1287.