

اثربخشی روان‌بند درمانگری گروهی بر توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانات منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون*

علی‌اکبر نخعی شامحمد^۱، علی عرب^۲، علی فرنام^۳

Effectiveness of group corm psychotherapy on coping abilities and negative emotions of traditional and industrial methadone - treated drug abusers

Ali Akbar Nakhaee Shamahmood¹, Ali Arab², Ali Farnam³

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی پیرامون اثربخشی روان‌بند درمانگری و بررسی توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانات منفی معتادان انجام شده است. اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی روان‌بند درمانگری گروهی بر توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانات منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** اثربخشی روان‌بند درمانگری گروهی بر توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانات منفی معتادان سنتی و صنعتی بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه معتادان تحت درمان مرکز ترک اعتیاد امید فردا، زیر نظر سازمان بهزیستی شهر بیرجند بود. بر اساس نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر بعنوان نمونه انتخاب و در سه گروه (۱۵ نفری، مصرف‌کننده مواد سنتی، مصرف‌کننده مواد صنعتی و گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار عبارتند از: پرسشنامه سازش‌یافتگی اجتماعی بل (۱۹۶۱)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) لایوبوند و لایوبوند (۱۹۹۹) و آموزش روان‌بند درمانگری (غلامرضایی و طهرانچی، ۱۳۹۵). تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کواریانس انجام شد. **یافته‌ها:** روان‌بند درمانگری گروهی بر بهبود سازش‌یافتگی عاطفی و کاهش هیجانات منفی تأثیر معنادار داشت ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** برای افزایش توانش‌های سازش‌یافتگی و کاهش هیجانات منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون می‌توان از روان‌بند درمانگری گروهی استفاده کرد.

واژه کلیدی‌ها: روان‌بند درمانگری، توانش‌های سازش‌یافتگی، هیجانات منفی، معتادان سنتی و صنعتی

Background: Numerous studies have been conducted on the efficacy of psychotherapy and the evaluation of coping abilities and negative emotions of addicts. But research investigating the effectiveness of group therapy psychotherapy on coping abilities and negative emotions of traditional and industrial methadone-treated drug abusers has been neglected. **objective:** The effectiveness of group corm psychotherapy was on coping abilities and negative emotions of traditional and industrial addicts. **Method:** The research method was quasi-experimental with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all addicts treated by Hope Tomorrow Addiction Treatment Center under Birjand Welfare Organization. Based on available sampling, 45 individuals were selected and replaced in three groups (15 people, traditional drug users, industrial drug users and control group). The instruments are: Bell's Social Adjustment Questionnaire (1961), Lovebond & Lovebird's Depression, Anxiety, Stress Questionnaire (DASS-21) (1999), and Mental Therapy Psychotherapy Training (Gholamrezaie and Tehranchi, 2016). Data were analyzed using covariance analysis. **Results:** Group corm psychotherapy had a significant effect on improving emotional adjustment and decreasing negative emotions ($p < 0/05$). **Conclusions:** Group therapy can be used to increase coping abilities and reduce the negative emotions of traditional and industrial methadone-treated drug users. **Key Words:** Cormorant psychosis, Adaptation abilities, Negative emotions, Traditional and industrial addicts.

Corresponding Author: Aliarab@edpsy.usb.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان، زاهدان، ایران

^۱ Ph.D Student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran (Corresponding Author)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

مقدمه

اعتیاد^۱ یا وابستگی به مواد مخدر، از مشکلات بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جوامع محسوب می‌شود. در پنجمین راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^۲ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اعتیاد به مواد را مصرف مکرر مواد و داروها که منجر به شکست فرد در انجام تعهداتش می‌شود (مثل شغل، مدرسه، خانه)، تعریف کرده‌اند. به عبارتی دیگر، مقصود از اعتیاد، رفتار غیر انطباقی مصرف ماده در اندازه‌ای است که برای سلامتی فرد مضر باشد. ممکن است برخی از افراد نشانه‌های اعتیاد به مواد را داشته باشند، ولی به مواد وابسته نباشند (آسایش، ۱۳۹۱).

متأسفانه امروزه مواد مخدر در اشکال مختلفی عرضه می‌شود و الگوی مصرف دیرینه و سنتی از تریاک، حشیش و هروئین به سمت مواد مخدر صنعتی تغییر یافته است. مواد صنعتی شامل یک سری از مواد صناعی مؤثر بر سیستم اعصاب مرکزی بوده و دارای اثرات تحریک‌کنندگی و یا توهم‌زدایی و یا هر دو است. این دسته از داروها به اسامی مختلفی نام برده می‌شوند که این به دلیل ماهیت ساختاری این داروها بوده، به طوری که با اندکی تغییر داروهای جدیدتری با اثرات متفاوت بر سیستم اعصاب مرکزی تولید می‌گردد. این داروها طیف وسیعی از مواد را دربر می‌گیرد از جمله آمفتامین‌ها و ترکیبات وابسته به آن که به عنوان مهم‌ترین دسته از داروهای صنعتی و شیمیایی مورد سوءمصرف در تمام جهان شناخته شده است و به دلیل این که اختلال در ادراک و طبع ایجاد می‌کنند، تحت عنوان داروهای روان‌گردان نیز شناخته می‌شوند (قاسمی، ۱۳۸۹). به تعبیری دیگر، محققان عوامل روحی و روانی متعددی را در بحث جلوگیری از عود مجدد اعتیاد مطرح می‌کنند که این عوامل بسته به نوع مصرفی که فرد معتاد داشته است (سنتی یا صنعتی) در آنان فرق می‌کند. یکی از این عوامل هیجانانگیز منفی می‌باشد (خلعتبری و بازرگانان، ۱۳۹۰).

هیجانانگیز منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند اضطراب، استرس و افسردگی و... را شامل می‌شود. پژوهشگران استرس را به عنوان موقعیتی توصیف می‌کنند که تعادل حیاتی ارگانیسم را مورد تهدید قرار می‌دهد یا ارگانیسم موقعیتی را تهدیدکننده درمی‌یابد (حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴). استرس محرکی است که می‌تواند

زمینه‌ساز اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی اضطراب و نیز خودکشی باشد و منجر به بروز بیماری‌های جسمانی از جمله بیماری‌های قلبی عروقی گردد (حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴).

اختلالات اضطرابی نیز از شایع‌ترین نوع آسیب‌روانی در میان معتادان هستند (دشتی، ۱۳۹۴). طبق تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اضطراب اختلالی مزمن است که ممکن است در تمام عمر تداوم یابد. این اختلال معمولاً همراه دیگر اختلالات اضطرابی با بیماری‌های روانی مشاهده می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۵). به بیانی دیگر، اضطراب احساس ناخوشی، نگرانی یا تنشی است که افراد در پاسخ به شرایط تهدیدکننده یا فشارزا ارائه می‌دهند. توجه به این نکته لازم است که برخی از افراد بیش از دیگران مضطرب‌اند (حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴).

علاوه بر استرس و اضطراب، افسردگی نیز از جمله هیجانانگیز منفی می‌باشد که شدت آن بسته به نوع مصرفی که فرد معتاد داشته است (سنتی یا صنعتی) فرق می‌کند (رحیم‌آقایی، حاتمی‌پور و عاشوری، ۱۳۹۶). افسردگی^۳ یک نوع اختلال عاطفی است، بارزترین علامت اختلالات عاطفی تغییرات و نوسانات مشهوری است که در طبع بیماران مبتلا به آن یافت می‌شود. به تعبیری دیگر، افسردگی عبارت است از سرخوشی، گشاده‌رویی، تحریک‌پذیری، پرحرفی، عزت‌نفس کاذب و پرش فکری افراطی. افسردگی همچنین دارای علائم و نشانه‌های بارزی همچون احساس غمگینی شدید، عصبانیت و بی‌حوصلگی، بی‌علاقگی و عدم لذت بردن از فعالیت‌های تفریحی، کاهش انرژی یا بی‌قراری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، بی‌خوابی کاهش قوای فاعلی، کاهش میل جنسی، احساس بی‌ارزشی و گناه، احساس نومی‌دی، فکر خودکشی و علائم و دردهای جسمانی نیز می‌باشد (نصیرزاده، شریفی‌راد، اسلامی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

بنابراین هیجانانگیز منفی (استرس، اضطراب و افسردگی) از جمله عوامل روانی هستند که شدت آن بسته به نوع مصرف مواد مخدر در میان دو گروه معتادان سنتی و صنعتی با یکدیگر متفاوت است. در این راستا محمدی، ایمانی و صادقی‌پویا (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که معتادان به مواد محرک و افیونی در مؤلفه‌های فاعلی آگاهی (اضطراب، افسردگی و استرس) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

3. depression

1. Addiction

2. American Psychiatric Association

تأثیر مخرب این مواد بر شخصیت و ساختار فیزیکی فرد معتاد، ضرورت شناسایی و ارائه خدمات درمانگری به‌منظور پیشگیری و درمان این قشر از جامعه بیش‌ازپیش احساس می‌شود. در این راستا، روان بنه درمانگری^۶، یکی از درمان‌های نوین است که به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها را به‌گونه‌ای قابل‌درک سازمان‌دهی کند. در این مدل، رد پای روان بنه‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به‌صورت ناهم‌خوان ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی، در مبارزه با روان بنه‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می‌کنند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۱۳۹۱).

روان بنه درمانگری در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری و در ناسازش‌یافتگی بین زوجین استفاده شده است و باعث بهبود بیماران و مشکلاتشان شده است (سپرتگویی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کلوگ، ۲۰۱۲؛ به نقل از هاوکه و پروونچر، ۲۰۱۱؛ به نقل از کارتر و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از بیهار، دیکمن و جون، ۲۰۱۳؛ به نقل از هاپود و توماس، ۲۰۱۴؛ به نقل از آقای، کهرزئی و فرنام، ۱۳۹۸).

با توجه به مطالب مطرح‌شده و شواهد پژوهشی موجود و از آنجا که توجه بیشتر به وضعیت روانی معتادان و شناخت وضعیت روانی آنها جهت برنامه‌ریزی برای درمان جامع و علمی ضروری است؛ پژوهش حاضر سعی دارد تا ضمن شناسایی و مقایسه توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانان منفی در بین معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون، اثر بخشی روان بنه درمانگری را که درمانگری نویدبخش در زمینه اختلالات مزمنی همچون وابستگی به مواد است، نیز مورد بررسی و سنجش قرار دهد. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا روان بنه درمانگری گروهی بر افزایش توانش‌های سازش‌یافتگی

پژوهش نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان داد که نمره افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف‌کنندگان مواد بیشتر از گروه مقایسه و این تفاوت معنادار بود. خلعتبری و بازرگانیان (۱۳۹۰) هم از پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که بین افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر درمان‌شونده با متادون و مبتلا به HIV/AIDS تفاوت وجود دارد.

عامل دیگری که ممکن است در وابستگی به مواد مخدر نقش داشته باشد، توانش‌های سازش‌یافتگی است (دشتی، ۱۳۹۴). سازش‌یافتگی^۱ به پذیرش و انسجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات محیطی اشاره دارد و مفهوم متضاد آن ناسازش‌یافتگی است؛ یعنی نشان دادن واکنش نامناسب به محرک‌های محیط و موقعیت‌ها، به‌نحوی که برای خود فرد یا دیگران و یا هر دو زیان‌بخش باشد و فرد نتواند انتظارات خود و دیگران را برآورده سازد (سلیمانان و شاه‌بختی، ۱۳۹۴).

ابعاد سازش‌یافتگی: شامل سازش‌یافتگی جسمانی^۲، سازش‌یافتگی عاطفی^۳، سازش‌یافتگی اجتماعی^۴ و سازش‌یافتگی اخلاقی^۵ است که در رأس همه، سازش‌یافتگی اجتماعی قرار دارد پیش‌درآمد رسیدن به سازش‌یافتگی اجتماعی سازگار شدن از لحاظ عاطفی، اخلاقی، جسمانی است (پورفرخ، کرمی‌نیا و احدی، ۱۳۹۶). محققان معتقدند، کسانی که به سوءمصرف مواد روی می‌آورند، مواد مخدر را به‌عنوان راهی برای تسکین اضطراب، خشم یا افسردگی مصرف می‌کنند. آنها در اولین تجربه‌ی خود با مصرف ماده‌ای شیمیایی آشنا می‌شوند که می‌تواند احساس اضطراب یا اندوهی که آنها را به ستوه آورده است، تسکین دهد. افرادی که درماندگی عاطفی و هیجانی بیشتری دارند، تمایل بیشتری هم به مصرف مواد مخدر و الکل دارند (صدردمیرچی و محمدی، ۱۳۹۵). این مطلب نشان می‌دهد که چرا برخی افراد به مواد مخدر وابسته می‌شوند. این افراد اغلب اوقات گرفتار هیجانان و احساساتی می‌شوند که راه‌گریزی از آن برای خود نمی‌یابند. آنها آگاهی چندانی از عواطف خود ندارند و در نتیجه با این احساس که هیچ‌گواهی بر زندگی احساسی خود ندارند، هیچ‌گونه تلاشی به عمل نمی‌آورند (آسایش، ۱۳۹۱).

با توجه به رشد روزافزون گرایش به انواع مواد مخدر و نیز بنا بر

4. social adjustment
5. morat adjustment
6. Schema Therapy

1. adjustment
2. physical adjustment
3. bolubity adjustment

جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی روان‌بنه‌های فاعلی

جلسه ششم: آموزش فن کاهش و حذف روان‌بنه‌های ناسازگار
جلسه هفتم: مسئولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین
از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید

جلسه هشتم: مروری بر تغییرات ایجاد شده.
برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۹) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس نکات زیر در مورد آزمودنی‌ها رعایت شد:

- احترام به اصل رازداری مراجعان
 - داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش
 - ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام آزمودنی‌های شرکت‌کننده
 - ذکر نشدن نام آزمودنی و استفاده از کد شناساننده
 - کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش
 - امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از پژوهش
- همچنین داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی بل (تقی‌نژاد، اقلیما، عرشی و پورحسین‌آباد، ۱۳۹۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه سازش یافتگی در خانه، سازش یافتگی شغلی، سازش یافتگی تندرستی، سازش یافتگی عاطفی و سازش یافتگی اجتماعی می‌باشد. کل آزمون دارای ۳۲ سؤال می‌باشد. و گزینه‌های آن بله و خیر و نمی‌دانم می‌باشند، که در این آزمون فقط پاسخ‌های بلی و خیر امتیاز دریافت کردند. بدین صورت که گزینه بله ۱ نمره و خیر صفر نمره داشت (پورفرخ و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش تقی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶) پایایی کل این آزمون ۰/۸۴ و قابلیت اعتماد آن ۰/۸۰ به دست آمد.

همچنین برای سنجش هیجانات منفی از پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) لایبوند و لایبوند (فحیحی آشتیانی، ۱۳۸۸) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است

و کاهش هیجانات منفی در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون تأثیرگذار است؟

فرضیه‌های پژوهش

روان‌بنه درمانگری گروهی بر افزایش توانش‌های سازش یافتگی مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.
روان‌بنه درمانگری گروهی بر کاهش هیجانات منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه معتادین تحت درمان مرکز ترک اعتیاد امید فردا شهر بیرجند که زیر نظر سازمان بهزیستی استان خراسان جنوبی فعالیت دارد، تشکیل دادند. از بین معتادین تحت درمان ۴۵ نفر که شرط ورود به پژوهش حاضر (سکونت در بیرجند، عدم مصرف مواد مخدر در حین درمان، سواد حداقلی دیپلم و تأهل) را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. یک گروه مصرف‌کنندگان مواد سنتی (۱۵ نفر)، یک گروه مصرف‌کنندگان مواد صنعتی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر). پس از اخذ مجوز از مراجع مربوطه، برای انجام پژوهش مراحل زیر انجام شد: ۱. تدوین برنامه و آماده‌سازی ابزار مناسب سنجش، ۲. نمونه‌گیری برای تعیین دو گروه آزمایش و گواه به صورت در دسترس و داوطلبانه، ۳. اجرای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه، ۴. در این پژوهش منظور از آموزش روان‌بنه درمانگر، تعداد ۸ جلسه گروه‌درمانگری غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۵) بود که به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت برای این افراد اجرا شد. جلسات گروه‌درمانگری طبق روند زیر صورت گرفت.

جلسه اول: آشنایی اعضای دو گروه آزمایش (مصرف‌کنندگان مواد سنتی و صنعتی) با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات

جلسه دوم: شناخت حالات طبیعی، فیزیولوژیکی و هیجانات آزمودنی‌ها

جلسه سوم: آموزش درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی به آزمودنی‌ها

جلسه چهارم: تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تأکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت‌زدایی منظم

آزمون ANCOVA استفاده شد. پیش از انجام این آزمون‌ها بررسی چند مفروضه آماری الزامی می‌باشد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون‌ها و بررسی پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون ANCOVA حاکی از این است که سطح معناداری آماره‌ی F چند متغیره‌ی آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کمتر است. است بنابراین بین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از مؤلفه‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مشاهده می‌شود که بین سازش‌یافتگی عاطفی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است و بنابراین روان بنه درمانگری گروهی بر سازش‌یافتگی عاطفی معنادان مصرف‌کننده‌ی سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.

که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). آنتونی و همکاران (۲۰۰۱)؛ نقل از فتیحی آشتیانی، (۱۳۸۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش بارانی (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۸ و ۰/۷۱ به دست آمد که قابل قبول بود.

یافته‌ها

از مجموع ۴۵ نفر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار برای متغیر سن به ترتیب ۳۰/۸۰ و ۷/۴۱ بود و لحاظ شغل، بیشترین افراد (۳۶ نفر) شغل آزاد داشتند. همچنین اکثر شرکت‌کنندگان (۱۸ نفر) بدون فرزند بوده و نیز ۳۹ نفر از مجموع کل افراد با هم زندگی می‌کردند و ۴ نفر نیز طلاق گرفته بودند. بیشترین افراد (۳۰ نفر) سابقه ترک اعتیاد داشتند و میانگین و انحراف معیار برای متغیر مدت زمان مصرف به ترتیب ۸/۲۱ و ۶/۷۳ سال بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره استفاده شد.

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات گروه گواه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد، اما نمرات مؤلفه‌های سازش‌یافتگی در گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش بیشتری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. همچنین نمرات هیجانات منفی در گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایشی نسبت به پیش‌آزمون نداشته است.

به منظور بررسی نقش روان بنه درمانگری بر هیجانات منفی و توانش‌های سازش‌یافتگی معنادان مصرف‌کننده‌ی سنتی و صنعتی تحت درمان متادون، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های سازش یافتگی و هیجانات منفی در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون (سنتی)		پیش‌آزمون (صنعتی)		پس‌آزمون (سنتی)		پس‌آزمون (صنعتی)	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
آزمایش	سازش یافتگی در خانه	۲/۴۶	۱/۴۰	۲/۴۷	۱/۳۵	۲/۸۰	۱/۵۲	۲/۵۳	۱/۴۰
	سازش یافتگی شغلی	۲/۶۷	۱/۳۹	۱/۶۰	۱/۱۲	۳/۵۳	۱/۷۲	۲/۸۶	۰/۹۹
	سازش یافتگی تندرستی	۲/۶۰	۱/۲۹	۲/۰۶	۱/۳۸	۴/۱۳	۱/۳۰	۳/۴۶	۱/۵۵
	سازش یافتگی عاطفی	۳/۷۳	۱/۳۳	۲/۶۷	۱/۰۵	۴/۰۷	۱/۵۷	۳/۳۳	۱/۹۸
	سازش یافتگی اجتماعی	۳/۲۶	۱/۵۳	۳/۳۳	۱/۰۵	۳/۸۶	۱/۹۵	۳/۵۳	۰/۹۹
	افسردگی	۲۸/۹۳	۶/۲۲	۳۰/۴۰	۶/۵۹	۲۵/۳۳	۵/۶۹	۲۷/۳۳	۵/۴۳
	اضطراب	۳۰/۲۶	۶/۳۶	۲۹/۸۶	۶/۱۱	۲۷/۸۶	۶/۰۲	۲۷/۶۰	۵/۴۶
گواه	استرس	۳۱/۰۶	۶/۴۹	۳۲/۹۳	۶/۱۸	۲۴/۲۶	۶/۶۲	۲۶/۲۷	۵/۲۸
	سازش یافتگی در خانه	۲/۴۰	۱/۴۰	۲/۴۰	۱/۴۰	۲/۲۷	۱/۵۳	۲/۲۷	۱/۵۳
	سازش یافتگی شغلی	۲/۵۳	۰/۹۱	۲/۵۳	۰/۹۱	۲/۸۰	۱/۲۶	۲/۸۰	۱/۲۶
	سازش یافتگی تندرستی	۳	۱/۱۹	۳	۱/۱۹	۲/۸۷	۱/۵۰	۲/۸۷	۱/۵۰
	سازش یافتگی عاطفی	۲/۶۷	۱/۰۴	۲/۶۷	۱/۰۴	۲/۱۳	۱/۱۲	۲/۱۳	۱/۱۲
	سازش یافتگی اجتماعی	۳/۳۳	۱/۰۵	۳/۳۳	۱/۰۵	۳/۱۳	۱/۱۸	۳/۱۳	۱/۱۸
	افسردگی	۲۷/۶۰	۶/۱۵	۲۷/۶۰	۶/۱۵	۲۶/۵۳	۶/۷۶	۲۶/۵۳	۶/۷۶
اضطراب	۲۷/۴۶	۵/۳۷	۲۷/۴۶	۵/۳۷	۲۶/۸۷	۵/۳۱	۲۶/۸۷	۵/۳۱	
استرس	۳۰/۱۳	۶/۵۶	۳۰/۱۳	۶/۵۶	۲۸/۷۳	۶/۳۱	۲۸/۷۳	۶/۳۱	

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس توانش‌های سازش یافتگی برای مقایسه گروه آزمایش و گواه

منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلایی	۰/۵۹	۱۰	۶۸	۲/۸۸	۰/۰۰۵
	ویلکز	۰/۴۹	۱۰	۶۶	۲/۸۱	۰/۰۰۶
	هنتینگ	۰/۸۵	۱۰	۶۴	۲/۷۴	۰/۰۰۷
	روی	۰/۵۱	۵	۳۴	۳/۴۷	۰/۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس توانش‌های سازش یافتگی برای مقایسه گروه آزمایش و گواه

منبع	متغیر	نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	سازگار در خانه	۱/۹۷	۲	۰/۹۸	۱/۵۲	۰/۲۳
	سازش یافتگی شغلی	۰/۹۸	۲	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۶۸
	سازش یافتگی تندرستی	۸/۹۷	۲	۴/۴۸	۲/۱۶	۰/۱۲
	سازش یافتگی عاطفی	۱۱/۸۶	۲	۵/۹۳	۳/۷۸	۰/۰۳
	سازش یافتگی اجتماعی	۶/۶۹	۲	۳/۳۵	۳/۴۹	۰/۰۴

جدول ۴. آزمون مقایسه ای چند گانه			
سطح معناداری	گروه ۲	گروه ۱	مؤلفه
۰/۴۱	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	سازش یافتگی عاطفی
۰/۰۷	گواه		
۰/۴۱	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۰۱	گواه	گواه	
۰/۰۷	آزمایش سنتی		سازش یافتگی اجتماعی
۰/۰۱	آزمایش صنعتی		
۰/۱۵	آزمایش صنعتی	آزمایش (سنتی)	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۰۱	گواه		
۰/۱۵	آزمایش سنتی	آزمایش (صنعتی)	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۲۱	گواه		
۰/۰۱	آزمایش سنتی	گواه	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۲۱	آزمایش صنعتی		

جدول ۵. میانگین های تعدیل شده توانش های سازش یافتگی در پس آزمون			
انحراف استاندارد	میانگین	گروه	مؤلفه
۰/۳۶	۳/۳۷	آزمایش (سنتی)	سازش یافتگی عاطفی
۰/۳۵	۳/۸۰	آزمایش (صنعتی)	
۰/۳۶	۲/۳۶	گواه	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۲۸	۴/۰۸	آزمایش (سنتی)	
۰/۲۷	۳/۴۸	آزمایش (صنعتی)	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۲۸	۲/۹۵	گواه	

جدول ۶. خلاصه ANCOVA برای متغیر سازش یافتگی عاطفی					
p	F	MS	Df	SS	منابع تغییرات
۰/۰۰۰	۲۶/۵۸	۴۲/۴۸	۱	۴۸/۴۲	سازش یافتگی عاطفی پیش آزمون
۰/۰۳	۳/۷۹	۶/۰۶	۲	۱۲/۱۳	اثر اصلی (درمان)
		۱/۵۹	۴۱	۶۵/۵۱	خطای باقی مانده

جدول ۷. خلاصه ANCOVA برای متغیر سازش یافتگی اجتماعی					
p	F	MS	Df	SS	منابع تغییرات
۰/۰۰۰	۴۶/۱۷	۴۶/۱۸	۱	۴۱/۱۸	سازش یافتگی اجتماعی پیش آزمون
۰/۱۱	۲/۳۴	۲/۳۴	۲	۴/۶۸	اثر اصلی (درمان)
		۱	۴۱	۴۱/۰۱	خطای باقی مانده

جدول ۸. میانگین های تعدیل شده سازش یافتگی عاطفی در پس آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	گروه
۰/۳۴	۳/۴۴	آزمایش سنتی
۰/۳۳	۳/۶۴	آزمایش صنعتی
۰/۳۳	۲/۴۴	گواه

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس هیجان‌های منفی برای مقایسه گروه آزمایش و گواه						
منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلای	۰/۲۱	۶	۷۶	۱/۵۰	۰/۱۸
	ویلکز	۰/۷۸	۶	۷۴	۱/۵۴	۰/۱۷
	هتلیگ	۰/۲۶	۶	۷۲	۱/۵۸	۰/۱۶
	روی	۰/۲۵	۳	۳۸	۳/۲۰	۰/۰۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روان‌بند درمانگری گروهی بر سازش یافتگی عاطفی و استرس معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است و میانگین نمره گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بیشتر کاهش یافت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش صدری دمیرچی و محمدی (۱۳۹۵)، کلال قوچان عتیق (۱۳۹۵)، سلیمانان و شاه‌بختی (۱۳۹۴)، ناظمی، کاظمی و علیزاده (۱۳۹۱) و بال و همکاران (۲۰۱۱) است.

نتایج پژوهش کلال قوچان عتیق (۱۳۹۱) نشان از اثربخشی روان‌بند درمانگری بر افزایش توانش‌های سازش یافتگی داشت. سلیمانان و شاه‌بختی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که روان‌بند درمانگری گروهی باعث افزایش شاخص‌های سازش یافتگی می‌گردد. ناظمی و همکاران (۱۳۹۱) از پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که روان‌بند درمانگری گروهی یک روش مؤثر بر ارتقاء سازش یافتگی می‌باشد. بال و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی، اهمیت و اثربخشی روان‌بند درمانگری را بر افزایش توانش‌های سازش یافتگی مورد بررسی و تأیید قرار دادند.

در تبیین معناداری روان‌بند درمانگری بر بهبود توانش‌های سازش یافتگی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون می‌توان چنین اذعان نمود که تجربه اعتیاد تجربه‌ای است بسیار سخت که با ضربه عاطفی و اجتماعی بزرگی همراه است و تمام نظام فکری فرد زخم‌خورده را تحت تأثیر قرار می‌گیرد و اختلالی در نظام عاطفی و اجتماعی فرد آسیب‌دیده به وجود می‌آورد که با حالات عدم تعادل هیجانی همچون اضطراب، افسردگی، تنفر، عصبانیت و کاهش سازش یافتگی همراه است. لذا از آنجایی که در روان‌بند درمانگری بر شناسایی افکار غیرمنطقی و خطاهای شناختی فرد آسیب‌دیده از اعتیاد تأکید می‌شود پرواضح است که این درمان در افزایش توانش‌های سازش یافتگی افراد آسیب‌دیده از اعتیاد مؤثر واقع شود. در تبیین بیشتر می‌توان گفت: روان‌بند درمانگری، روی آوردی متشکل از

روی آوردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانگری یکپارچه است که با استفاده از چهار فن اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد معتاد، علاوه بر زیر سؤال بردن روان‌بند‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون‌شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که این عوامل باعث افزایش سازش یافتگی عاطفی می‌شود.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روان‌بند درمانگری گروهی بر هیجان‌های منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر نیست و بین میانگین نمره هیجان‌های منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش رحیم‌آقایی و همکاران (۱۳۹۶)، همتی ثابت، نوایی‌نژاد و خلعتبری (۱۳۹۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، ملکی و همکاران (۱۳۹۴)، نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۱)، خلعتبری و بازرگانیان (۱۳۹۰) و رینر، لوبستال و پیترز (۲۰۱۲) که نشان دادند روان‌بند درمان در کاهش هیجان‌های منفی مؤثر است؛ ناهمسو می‌باشد.

هیجان‌های منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند اضطراب، استرس و افسردگی و... را شامل می‌شود (بارانی، ۱۳۹۵).

هیجان‌های منفی (استرس، اضطراب و افسردگی) از جمله عوامل روانی هستند که شدت آن بسته به نوع مصرف مواد مخدر در میان دو گروه معتادان سنتی و صنعتی با یکدیگر متفاوت است. در این راستا، روان‌بند درمانگری به عنوان یکی از شیوه‌های روان‌بند درمانگری که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار داده است، می‌تواند در کاهش هیجان‌های منفی افراد آسیب‌دیده از اعتیاد مؤثر باشد (هاپود و توماس، ۲۰۱۴). اما در پژوهش حاضر، روان‌بند درمانگری در کاهش

تقی‌نژاد، زهرا؛ اقلیما، مصطفی؛ عرشی، ملیحه و پورحسین هندآباد، پریا (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله توان‌بخشی*، ۱۸(۳)، ۳۲-۴۵.

حاج حسینی، منصوره و هاشمی، رامین (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روانشناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) و کیفیت زندگی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳۵(۹)، ۱۳۶-۱۱۹.

خلعتبری، جواد و بازرگانیان، ناهید (۱۳۹۰). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، مبتلا و غیر مبتلا به HIV/AIDS. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۷۸(۲۰)، ۸۳-۷۶.

دشتی، مجتبی (۱۳۹۴). *اعتیاد و انواع مواد مخدر و تأثیرات آن*، تهران: بخشایش.

رحیم‌آقایی، فلور؛ حاتمی‌پور، خدیجه و عاشوری، جمال (۱۳۹۶). تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. *مجله آموزش پرستاری*، ۳(۱۰)، ۴۱-۳۲. سادوک بنجامین و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۵). خلاصه روان‌پزشکی، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانین، تهران: ارجمند.

صدردمیرچی، اسماعیل و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۳(۱)، ۶۳-۵۳.

غلامرضایی، هادی و طهرانچی، بیتا (۱۳۹۵). *درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی*. تهران: سمیر

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت‌روان*. تهران: بعثت.

قاسمی، عبدالله (۱۳۸۹). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه عادی، معتاد به مواد سنتی و معتاد به مواد صنعتی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

کلال قوچان عتیق، یاسر (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس مثبت به همسر و سازگاری زناشویی. *سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*، تربت حیدریه: دانشگاه تربت حیدریه.

محمدی، سیدپونس؛ ایمانی، سعید و صادقی‌پویا، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی مقایسه مؤلفه‌های ذهن آگاهی در معتادان به مواد محرک و افیونی شهر تهران، *دوماهنامه طب جنوب*، ۳(۱۹)، ۴۵۶-۴۴۶.

ناظمی، عالی؛ کاظمی، رضا و علیزاده، رقیه (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات سازگاری فرزندان طلاق (۱۲-۱۸)

هیجانان منفی افراد آسیب‌دیده از اعتیاد اثربخش نبود. این عدم اثربخشی می‌تواند به دلایل ذیل باشد: الف) تفاوت در توزیع سنی گروه‌های مطالعه‌شده با مطالعات عنوان شده یا انجام پژوهش در جمعیت‌های مختلف. ب) وجود تفاوت در فرهنگ‌ها که می‌تواند عامل تفاوت در یافته‌ها باشد. ج) با توجه به پیچیدگی رفتار انسان‌ها در هر مطالعه، پاسخ‌گویان می‌توانند پاسخ‌های متفاوتی را ارائه نمایند و این امر بدیهی بوده و دور از انتظار نیست. د) باید پذیرفت که انتظار همسو بودن و مطابقت همه یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات پیشین، شاید منطقی نباشد. ه) تفاوت در ابزار مطالعه متغیر هیجانان منفی در پژوهش حاضر در مقایسه با سایر پژوهش‌ها نیز می‌تواند عامل تفاوت در یافته‌ها باشد.

هرچند استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی و عدم انجام مطالعات پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آید، اما با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان بنه درمانگری گروهی بر توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانان منفی در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌ها و مراکز درمانگری به منظور بهبود روان بنه‌های سازش‌یافتگی اولیه، توانش‌های سازش‌یافتگی و هیجانان منفی در معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون دوره‌های مختلف آموزشی روان بنه درمانگری برای معتادان بر گزار شود.

منابع

آسایش، حمید (۱۳۹۱). سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط روش‌های مصرف مواد با عوامل سنی در معتادان به مواد مخدر. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۳(۹)، ۱۳-۲۶.

آقایی، احمد؛ کهرزائی، فرهاد و فرنام، علی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۳(۱۸)، ۱۴۲-۱۳۳.

بارانی، سمیه (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد قرآنی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر بیرجند*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد بیرجند.

پورفرخ، مینا؛ کرمی‌نیا، رضا و احدی، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۲)، ۱۹۹-۱۸۲.

Sempertegui, G. A. Karreman, A. Arntz, A. Marrie, H. J. & Bekker. (2017). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33 (3), 426- 447.

ساله) شهر اردبیل. همایش بین‌المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی. تهران: مؤسسه سفیران فرهنگی مبین.

نصیرزاده، مصطفی؛ شریفی‌راد، غلامرضا؛ اسلامی، احمدعلی و حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای افسردگی، اضطراب و استرس در جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال با رفتار و عدم رفتار سوء مصرف مواد. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۸(۶)، ۱۰۱۶-۱۰۰۹.

همتی ثابت، اکبر؛ نوابی نژاد، شکوه و خلعتیری، جواد (۱۳۹۵)، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن مرکز معاونت بهداشتی درمانی همدان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۳(۱)، ۳۵-۲۱.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۱). *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، تهران: ارجمند.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5Th ed. Washington, DC: APA.

Ball, S. A. Maccarelli, L. M. LaPaglia, D. M. & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis*, 1199(5), 319- 328.

Behary, W. T. Dieckmann, E. O. & John, S. (Ed), (2013). Understanding and treating pathological narcissism. Washington, DC, US: *American Psychological Association*, 337(3), 285-300.

Carter, J. D. McIntosh, V. V. Jordan, J. Porter, R. J. Frampton, Ch. M. & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Affective Disorders*, 151(2), 500-505.

Hawke, L. D. & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257- 276.

Hopwood, Ch. J. & Thomas, K. M. (2014). Schema Therapy is an affective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. *Evidence- Based Mental Health Online First*.

Kellogg, S. (2012). O speaking one's mind: using chairwork dialogues in schema therapy. *The wiley- Blackwell Handbook of Schema Therapy: theory, research, and practice/ edited by Michiel van Vereswijk, Jenny Brocensen. Marjon Nadort*, 197- 208.

Renner F, Lobbstaël J, Peeters F (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-90.