



Effectiveness of Schema Therapy on Brain-behavioral Systems, Emotional Dysregulation and Abstinence Self-efficacy Among Women

Tamila Ismaeil Farahani¹, Farahnaz Meschi^{2*}, Rita Liyaghat³

1- Ph.D Student in Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Health Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor of Psychology Department, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Farahnaz Meschi, Assistant Professor of Health Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: fa_meschi@yahoo.com

Received: 2024/10/19

Accepted: 2024/11/11

Abstract

Introduction: Women dependent on drugs face greater challenges in accessing treatment services, and the use of psychological interventions to improve the skills necessary for substance abstinence in women has been overlooked.

Methods: The research employed a semi-experimental design with a pre-test-post-test- follow-up approach with a control group. The statistical population included all women dependent on drugs in Tehran in 2023. A purposive sampling method was used to select 30 participants, who were randomly assigned to either the schema therapy group or the control group. Schema therapy was conducted over 20 sessions based on the protocol by Young et al. (2003) and Young & Kloss (2003). Data were collected using the Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System (BIS/BAS) scale by Carver and White (1994), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) by Gratz and Roemer (2004), and the Drug Abstinence Self-Efficacy Scale (DASES) by Martin (1995). Data analysis was performed using SPSS.v24 software, employing repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests.

Results: The results indicated that schema therapy was effective in improving the overall score of the brain-behavioral system and its components of behavioral inhibition and activation, with the results remaining stable at the follow-up stage. Additionally, schema therapy significantly impacted the overall emotional dysregulation score and the components of non-acceptance, goals, awareness, and strategies, with this effectiveness also persisting at follow-up. Furthermore, schema therapy was effective in enhancing the overall abstinence self-efficacy score and the components of problem-solving, decision-making, communication, and self-assertion, with effects continuing to the follow-up stage.

Conclusions: Based on the obtained results, the use of schema therapy is recommended as a complementary intervention alongside other therapeutic measures to improve brain-behavioral systems, emotional dysregulation, and abstinence self-efficacy among women dependent on drugs.

Keywords: Schema therapy, Brain-behavior systems, Emotional dysregulation, Abstinence self-efficacy, Substance dependence, Women.



اثربخشی طرحواره درمانی بر نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک مواد مخدر در زنان

تامیلا اسمعیل فراهانی^۱، فرحناز مس چی^{۲*}، ریتا لیاقت^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فرحناز مس چی، استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ایمیل: fa_meschi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۸

چکیده

مقدمه: زنان وابسته به مواد مخدر برای دریافت خدمات درمانی با مشکلات بیشتری مواجه هستند و استفاده از مداخلات روان-شناختی برای بهبود مهارت های مورد نیاز برای ترک مصرف مواد در این قشر از افراد جامعه مغفول مانده است. **روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری در برگزیده کلیه زنان وابسته به مواد مخدر شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. با روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه طرحواره درمانی و کنترل اختصاص یافتند. طرحواره درمانی در ۲۰ جلسه بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و یانگ و کلسکو (۲۰۰۳) برگزار شد. برای گردآوری داده ها از مقیاس نظام های مغزی-رفتاری (BIS/BAS) کارور و وایت (۱۹۹۴)، مقیاس دشوای در تنظیم هیجان (DERS) گراتز و رومر (۲۰۰۴) و مقیاس خودکارآمدی ترک اعتیاد (DASES) مارتین (۱۹۹۵) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS.v24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر نمره کلی نظام مغزی-رفتاری و مؤلفه های بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری اثربخش است و نتایج به دست آمده تا مرحله پیگیری پایدار می باشد. همچنین، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی بدتنظیمی هیجانی و مؤلفه های عدم پذیرش، اهداف، آگاهی و راهبردها معنادار شد و این اثربخشی تا مرحله پیگیری پایدار بود. علاوه بر این، طرحواره درمانی بر نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد و مؤلفه های حل مسئله، تصمیم گیری، ارتباط و ابراز وجود اثربخش بود و اثر آن تا مرحله پیگیری تداوم داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از طرحواره درمانی به عنوان مداخله مکمل همراه با سایر اقدامات درمانی جهت بهبود نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر توصیه می شود.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی، خودکارآمدی ترک، مواد مخدر، زنان.

مقدمه

اعتیاد زنان مشکل بهداشتی فراگیر و پرهزینه در سراسر جهان قلمداد می‌گردد (۱). تحقیقات نشان می‌دهد زنانی که در نرخ مشابه مردان مواد مصرف می‌کنند، در معرض خطر بیشتری برای پیشرفت وابستگی، استفاده از مواد چندگانه و مشکلات بهداشتی در مراحل بعدی زندگی هستند (۲). زنان معتاد برای دریافت خدماتی مانند ترک و درمان اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد مشکلات زیادی دارند. این در حالی است که اعتیاد اثرات نامطلوبی را به ویژه از نظر روان شناختی روی زنان معتاد و سایر اعضای خانواده وارد می‌کند. افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روان پزشکی از جمله این وضعیت‌های ناگوار به شمار می‌رود (۳). از این رو، سبب شناسی اعتیاد همواره یکی از دغدغه‌های سیاستگذاران سلامت بوده است. مرور متون علمی نشان می‌دهد میزان حساسیت به پاداش یکی از عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد یا عود مصرف مواد در افراد در حال ترک مصرف مواد است. مدل حساسیت به پاداش گری (۴) بر نقش دو نظام مغزی بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری تمرکز کرده است (۵). سیستم فعال‌سازی رفتاری یک سیستم انگیزشی است که با مصرف پاداش و سیگنال‌های شرطی پاداش یا عدم تنبیه فعال می‌شود و رفتار رویکردی را تحریک می‌کند. از سوی دیگر، سیستم بازداری رفتاری، یک سیستم انگیزشی است که با سیگنال‌های تنبیه، از دست دادن پاداش، تازگی یا عدم اطمینان فعال می‌شود و رفتارهایی را که ممکن است منجر به پیامدهای منفی شود، مهار می‌کند (۶). بنابراین، افزایش حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری، محرک تمایل به پاداش‌ها همچون سوءمصرف مواد است. سیستم فعال‌سازی رفتاری که به عنوان زیربنای حساسیت به پاداش شناخته شده است، به وسیله انتشار دوپامین تسهیل می‌شود. در نتیجه، بیش حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری، اختلال مصرف مواد و افزایش ولع مصرف را پیش‌بینی می‌کند (۷). در برخی از پژوهش‌ها، نمرات مقیاس بازداری-فعال‌سازی رفتاری با شاخص‌های الکتروانسفالوگرافی نشانه‌های ترک، پاسخ به تنبیه و پاداش و سبب‌شناسی بالینی مرتبط بود (۸، ۹). در حقیقت، سوءمصرف اجباری مواد با عملکرد نادرست مکانیزم‌های مغزی که توانایی تصمیم‌گیری درست را مختل می‌کنند، مرتبط است. از این رو، تغییر و مداخله در نظام‌های مغزی - رفتاری می‌تواند به پیامدهای درمانی

بهتر در درمان سوءمصرف مواد منجر شود. افزون بر این، بدتنظیمی هیجانی نیز یکی دیگر از سازه‌های مؤثر بر شکل‌گیری وابستگی به مواد (۱۰) و عود و عدم توفیق در درمان وابستگی به مواد است (۱۱). بدتنظیمی هیجانی به توانایی ضعیف در مدیریت پاسخ‌های هیجانی یا نگه داشتن آنها در محدوده قابل قبولی از واکنش‌های هیجانی معمولی اشاره دارد. این می‌تواند به طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها از جمله غم و اندوه، عصبانیت، تحریک‌پذیری و ناامیدی اشاره داشته باشد (۱۲). نظریه‌های سبب‌شناسی اختلال مصرف مواد، نقص یا تأخیر در رشد تنظیم‌شناختی، هیجانی یا رفتاری را عامل مؤثری برای رشد سوءمصرف مواد می‌دانند؛ زیرا افرادی که در کنترل و مدیریت هیجان‌های مخرب توانمندی لازم را ندارند، این احتمال وجود دارد برای رهایی از هیجان‌ناخوشایند به مصرف مواد روی بیاورند (۱۳). در نتیجه، بهبود مهارت‌های مدیریت تنظیم هیجان یکی از اهداف درمانی در سوءمصرف و وابستگی به مواد است. ضرورت توجه به بدتنظیمی هیجان در افراد تحت درمان سوءمصرف مواد، تأثیری است که بر احساس خودکارآمدی ترک دارد (۱۴). مطالعات پیرامون سازه خودکارآمدی در برنامه‌های ترک مواد اعتیادآور نشان داد این سازه در رفتارهای ترک مصرف مواد و کاهش آن مفید بوده است. علاوه بر این، خودکارآمدی در موقعیت‌های عود مصرف، توانایی پیش‌بینی‌کننده‌ای را نشان داده است؛ به طوری که در آن سطح خودکارآمدی درک شده احتمال عود مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (۱۵). خودکارآمدی می‌تواند رفتار را از طریق تشویق برای دستیابی به یک نتیجه خاص تغییر دهد. مداخلات مؤثر برای کاهش مصرف مواد مخدر یا سایر رفتارهای اعتیادآور قرار است باورهای خودکارآمدی مرتبط با توانایی فرد برای کاهش مصرف مواد را تقویت کنند (۱۶). از این رو، خودکارآمدی یک عامل کلیدی در درمان مصرف مواد است زیرا بدون خودکارآمدی، درمان می‌تواند چالش‌برانگیز باشد (۱۷). بنابراین، شناسایی و بررسی کارایی و اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی مؤثر به منظور بهبود نظام‌های مغزی - رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک ضروری به نظر می‌رسد. رویکرد طرحواره‌درمانی نیز یکی از راهبردهای درمانی مؤثر در فرایند ترک وابستگی به مصرف مواد می‌باشد (۱۸). طرحواره‌درمانی برای استفاده در درمان اختلالات مزمنی که بیماران پس از انجام درمان‌های دیگر پاسخ

بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری (یک ماهه) و گروه کنترل است. با توجه به موضوع پژوهش، متغیرهای نظام‌های مغزی - رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک به عنوان متغیر وابسته و طرحواره درمانی به عنوان متغیر مستقل ایفای نقش می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده کلیه زنان وابسته به مواد مخدر شهر تهران در سال ۱۴۰۳ می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه، برای تعیین حجم نمونه از نرم افزار PASS 2021 و بسته محاسباتی مقایسه میانگین‌ها استفاده شد و با توجه به میانگین و انحراف معیار گزارش شده برای متغیر نظام‌های مغزی - رفتاری دارای زنان وابسته به مواد مخدر در مطالعه قلی پور و همکاران (۲۶)، با توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، حجم نمونه مورد نیاز ۱۳ نفر به ازای هر گروه محاسبه شد. برای جلوگیری از کاهش توان آزمون به دلیل ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. از این رو، در مجموع ۳۰ نفر از زنان وابسته به مواد مخدر به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند از یکی از مراکز درمانی ویژه زنان وابسته به مواد مخدر شهر تهران انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و قرعه‌کشی، زنان وابسته به مواد در گروه آزمون و یک گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه (به صورت کتبی)، دامنه سنی ۲۰ - ۴۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، وابستگی بیشتر از یکسال به مواد مخدر و پرهیز از مصرف به مدت حداقل یک ماه بود. علاوه بر این، معیار خروج شامل بازگشت به مصرف مواد اعتیادآور و غیب بیش از دو جلسه متوالی بود. بعد از اینکه شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس، به صورت تصادفی در گروه آزمون و گروه کنترل قرار گرفتند، پیش از اجرای مداخله‌ها، پرسشنامه در مرحله پیش‌آزمون در بین شرکت‌کنندگان گروه آزمون و گروه کنترل توزیع شد. در مرحله بعد، جلسات آموزشی به صورت گروهی در بین اعضای دو گروه آزمون (طرحواره درمانی) اجرا گردید؛ اما افراد گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. منظور از طرحواره درمانی در پژوهش حاضر برنامه مداخله ای است

نمی‌دهند یا عود می‌کنند، ایجاد شد. طرحواره درمانی یک روان‌درمانی یکپارچه است که نظریه و تکنیک درمان‌های قبلی موجود، از جمله درمان شناختی - رفتاری، نظریه روابط شیء روانکاوانه، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی را ترکیب می‌کند (۱۹). در طرحواره درمانی، فرد طرحواره‌های خود را که گاهی اوقات طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند، کشف و درک می‌کند. این طرحواره‌ها، الگوهای غیر مفیدی هستند که برخی از افراد در صورتی که نیازهای هیجانی آنها برآورده نشود، ایجاد می‌کنند. طرحواره درمانی به فرد آموزش می‌دهد که چگونه از برآورده شدن نیازهای خود به روشی سالم و بدون ایجاد مشکل اطمینان حاصل کند (۲۰). شواهدی پیرامون اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود نظام‌های مغزی - رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک وجود دارد. برای مثال، دادومو و همکاران (۲۱) نیز طرحواره درمانی را در بهبود در بهبود بدتنظیمی هیجانی مؤثر دانستند. بهرام‌آبادیان و همکاران (۲۲) نیز طرحواره درمانی را بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر مؤثر دانستند. علاوه بر این، دی اولوپراچانا و همکاران (۲۳) در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی بر سیستم پاداش و فعالسازی رفتاری افراد وابسته به مواد مورد تأیید قرار دادند. واکاوی ادبیات پژوهشی مبین آن است طرحواره درمانی بر نظام‌های مغزی - رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی عمومی تأثیر معناداری دارند؛ اما تأثیر این مداخله بر خودکارآمدی ترک و جامعه هدف زنان وابسته به مواد مخدر به طور اختصاصی بررسی نشده است. این رویکرد تلاش می‌کند تا به فرد نشان دهد که افکار و احساسات ناسالم چگونه بر رفتار و زندگی‌اش تأثیر می‌گذارد. طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت الگوهای ناسالم به فرد کمک می‌کنند تا از آنها جدا شوند (۲۴). افزون بر این، این رویکرد درمانی بر اهمیت شناخت و آگاهی از ارزش‌ها و هدف‌های شخصی فرد تأکید دارد. بر اساس این ارزش‌ها و هدف‌ها، فرد می‌تواند تصمیم‌های مناسبی را در زندگی خود بگیرد و تغییرات مثبت را در زندگی خود ایجاد کند (۲۵). در جهت رفع این خلاءهای اطلاعاتی و همچنین در راستای شناسایی یک درمان کارآمد و اثربخش‌تر برای بهبود نظام‌های مغزی - رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نظام‌های مغزی - رفتاری،

که برای گروه آزمون در ۲۰ جلسه بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۷) و یانگ و کلوسکو (۲۸) برگزار شد. محتوای جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	محتوای جلسه
ده جلسه طرحواره درمانی اقتباس از یانگ و همکاران (۲۷)	
اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان خواهد شد. همچنین ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (ارزاداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن)، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان.
دوم	معرفی حوزه های طرحواره و طرحواره های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکرد طرحواره ها، فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نامگذاری آنها. تکلیف: تکمیل پرسشنامه فرم کوتاه ۷۵ سوالی طرحواره های ناسازگار یانگ (۲۰۰۵) مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره ها، ارزش ها و سبک های مقابله ای
سوم	فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و نامگذاری و دسته بندی آنها مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی آموزش و صورت بندی، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی از اهداف این جلسه خواهد بود. فرضیه سازی و آزمون آن و پس‌خوراند آن به مراجعان آموزش و تعریف ذهنیها و سبکهای مقابله‌ای و خلق و خوی فرد، و نیازهای اساسی بر اساس طرحواره درمانی در مرحله سنجش. شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه. شناسایی حوزه ها، فرایندها، رفتارها و سبکهای طرحواره‌ای، مفهوم سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
چهارم	اصلاح توسط تکنیکهای هیجانی. استفاده از تکنیکهای هیجانی (بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه هیجانی). گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیبزا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنیها برای مبارزه با طرحوارهها در سطح هیجانی بود تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند. تکلیف: اجرای گفتگوی خیالی در منزل
پنجم	تکنیک های شناختی برای چالش با طرحواره های ناسازگار و شناسایی سبکهای مقابله ای ناسالم ارائه منطق تکنیک آزمون اعتبار طرحواره ها و آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده خواهد شد. اسناددهی شواهد. اسناد دادن شواهد تأیید کننده طرحوارهها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحوارهها و جنبه سالم. ارائه منطق تکنیک ارزیابی معایب و مزایای طرحواره ها و سبکهای مقابله‌ای فرد ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف های شناختی و شناسایی تحریف های شناختی. بررسی افکار، پیشایندها و پسایندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین. تکلیف: شناسایی باورهای مرتبط با طرحواره و علت آن و ارزیابی شواهد موافق و مخالف. شناسایی باورهای مرتبط با طرحواره و علت آن و ارزیابی معایب و مزایا
ششم	ادامه جلسه قبل و ارائه منطق استفاده از تکنیکهای تجربی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر به منظور برانگیختن هیجانهای مرتبط با طرحواره های ناسازگار. تکلیف: نوشتن نامه، گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور باز والدینی و آموزش تکنیک.
هفتم	اصلاح توسط تکنیکهای رفتاری: ارائه منطق تکنیک تکمیل فرم ثبت طرحواره و آموزش تکنیک، ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگو شکنی و آموزش تکنیکهای رفتاری به منظور مقابله با سبکهای مقابله ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم: حل مسأله خشم، جرأت‌ورزی. ارائه منطق تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی آسیبزا و آموزش تکنیک الگو شکنی رفتاری تکلیف: الگو شکنی رفتاری و رفتار جایگزین
هشتم	اصلاح توسط تکنیک های شناختی. استفاده از تکنیکهای شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحوارهها، اصلاح توسط تکنیکهای شناختی مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحوارهها، تکنیک موضع-ضد موضع، تهیه کارتهای آموزشی مصور که با طرحوارهها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحوارهها). ارائه منطق تکنیک تدوین و ساخت کارتهای آموزشی و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک. آموزش به افراد گروه برای پاسخ دادن به شیوه های سالم در موقعیتهای برانگیزنده طرحواره. تهیه و تدوین کارتهای آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحوارهها. تکلیف: انجام تکنیک های خود هیپنوتیز با کارت آموزشی
نهم	کار روی تله رهاسدگی اجرای پرسشنامه تله رهاسدگی، توضیح چرخه تله رهاسدگی و تجارب که منجر به تله رهاسدگی می‌شوند. توضیح انواع رهاسدگی مبتنی بر وابستگی و مبتنی بر فقدان یا بی ثباتی توضیح ریشه های تحولی تله رهاسدگیف علائم خطر در مراحل اولیه عاشقی در تله رهاسدگی
دهم	تخریب روابط سالم در تله رهاسدگی و بررسی فهرستی از خطاهای شناختی و رفتارهای ناشی از این طرح واره. تکلیف: التیام کودک‌درون با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی مربوط به تله رهاسدگی
دهم	پرداختن به طرحواره بی اعتمادی و بدرفتاری، اجرای پرسشنامه بی اعتمادی و بدرفتاری، تجارب منجر به شکل گیری تله بدرفتاری، ریشه های تحولی تله بی اعتمادی و بدرفتاری، نشانه های خطر در روابط بین فردی تله اعتمادی و بدرفتاری. تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی برای رفع تله بی اعتمادی و بدرفتاری

ده جلسه دوم طرحواره درمانی اقتباس از یانگ و کلوסקو (۲۸)	
یازدهم	پرداختن به تله محرومیت هیجانی؛ اجرای پرسشنامه محرومیت هیجانی؛ توضیح تجارب منجر به شکلی طرح تله محرومیت هیجانی؛ ریشه های تحولی محرومیت هیجانی مشکلات در روابط و روابط عاطفی و عاشقانه و توضیح پرتوقعی در روابط توضیح انواع محرومیت هیجانی. تکلیف: التیام کودکان با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی برای رفع تله محرومیت هیجانی
دوازدهم	تله نقص و شرم؛ اجرای پرسشنامه تله نقص و شرم توضیح تجارب که منجر به شکل گیری تله نقص و شرم می شود. ریشه های تحولی تله نقص و شرم توضیح نشانه های تله نقص و شرم تاثیر تلاش نقص و شرم در روابط. تکلیف: التیام کودکان با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی برای رفع تله نقص و شرم
سیزدهم	کار روی طرحواره شکست اجرای پرسشنامه طرحواره شکست ریشه های تحولی تله شکست نشانه های تله شکست. تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی برای رفع تله شکست.
چهاردهم	پرداختن به طرحواره وابستگی. اجرای پرسشنامه وابستگی تجارب که منجر به شکل گیری تله می شود. توضیح رابطه وابستگی و خشم و اضطراب و مستقل نمایی. ریشه های تحولی طرحواره وابستگی نشانه های طرحواره وابستگی. تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی و تعیین موقعیتهای وابستگی و میزان وابستگی و شناسایی مسئولیتها و موقعیتهایی که اجتناب می کنید و الگو شکنی رفتاری. تهیه کارت آموزشی برای رفع طرحواره وابستگی.
پانزدهم	پرداختن به تله طرد اجتماعی اجرای پرسشنامه طرد اجتماعی. تجارب که منجر به شکل گیری تله می شود. ریشه های تحولی طرحواره و نشانه های طرحواره در روابط صمیمی. تکلیف: التیام کودک درون. تمرینات کارت آموزشی و الگو شکنی رفتاری
شانزدهم	پرداختن به تله آسیب پذیری اجرای پرسشنامه آسیب پذیری. بررسی موقعیتهای آسیب پذیری مثل سلامتی و بیماری و خطر و فقر و از دست دادن کنترل. تجارب که منجر به شکلگیری تله آسیب پذیری می شود. ریشه های تحولی طرحواره آسیب پذیری و نشانه های طرحواره آسیب پذیری. علائم خطر در روابط عاطفی. تمرین التیام کودک درون. تهیه کارت آموزشی برای هر یک از ترس ها. تمرین تصویر سازی ذهنی بر علیه ترس ها و تمرین تنفس
هفدهم	پرداختن به تله اطاعت اجرای پرسشنامه تله اطاعت. بررسی تجارب که منجر به شکل گیری تله اطاعت می شود. ریشه های تحولی طرحواره اطاعت و نشانه های طرحواره اطاعت. علائم خطر در روابط عاطفی. تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی در تجارب اطاعت. شناسایی رفتارهای تحت سلطه دیگران و اگو شکنی رفتاری.
هیجدهم	پرداختن به طرحواره معیارهای سختگیرانه. ریشه های تحولی و معرفی انواع تله معیارهای سختگیرانه. نشانه های آن در روابط عاطفی. تکلیف: تصویرسازی زندگی رها از معیارهای سخت گیرانه تصور کاهش توقعات. بررسی و سنجش مزایا و معایب رسیدن به معیارهای سخت گرانه و باز برنامه ریزی برای نیازهای اساسی.
نوزدهم	پرداختن به طرحواره استحقاق ریشه های تحولی نشانه های آموزش تکنیک محرومیت در تنظیم هیجان. تکلیف: بررسی مزایا و معایب تله. تهیه کارتهای آموزشی. شکل دهی رفتار همدلانه و شکل دهی رفتارهای مرتبط با خویشتن داری
بیستم	آماده سازی مراجعان جهت ختم جلسات جمع بندی و مروری بر مطالب و تکمیل پرسشنامه های پژوهش و تعیین زمان برای اجرای مرحله پیگیری.

قابلیت اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب بازاری رفتاری ۰/۶۸ و فعال ساز رفتاری ۰/۶۵ به دست آمده است (۳۳). برای سنجش بدتنظیمی هیجانی در پژوهش حاضر از مقیاس دشوای در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۳۰) استفاده شد. این مقیاس شامل ۳۶ سوال است و ۶ مولفه عدم پذیرش پاسخهای هیجانی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند با سوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ دشواری کنترل تکانه با سوالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی با سوالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با سوالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و فقدان شفافیت هیجانی با سوالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه ای از تقریباً اصلا تا تقریباً همیشه نمره گذاری می شود. بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است

پس از اتمام جلسات، ارزیابی دوم از اعضای هر دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری (۱ ماه بعد از پس آزمون) انجام شد. در این مطالعه برای گردآوری داده ها از مقیاس نظام های مغزی- رفتاری (BIS/BAS) کارور و وایت (۲۹)، مقیاس دشوای در تنظیم هیجان (DERS) گراتز و رومر (۳۰) و مقیاس خودکارآمدی ترک اعتیاد (DASES) مارتین (۳۱) استفاده شد. برای سنجش نظام های مغزی- رفتاری از مقیاس نظام های مغزی- رفتاری کارور و وایت (۲۹) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۴ سوال و نظام بازاری رفتاری با سوالات ۲، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۴ و نظام فعال ساز رفتاری با سوالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ نمره ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم صورت می گیرد. در خارج از کشور ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (۳۲). در داخل ایران برای بررسی

اخلاق کشوری در این مطالعه رعایت شده است. افزون بر این، لازم به ذکر است که فرآیند اجرای این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با کد IR.IAU.CTB.REC.1402.163 در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۷ تصویب شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS، v24 انجام گردید و سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ زن وابسته به مواد مخدر در دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمون و کنترل به ترتیب $30/07 \pm 9/81$ و $28/40 \pm 7/38$ محاسبه شده است. همچنین، اکثر افراد دو گروه بین ۲۶ تا ۳۰ سال سن داشتند. به منظور سنجش همتا بودن دو مورد بررسی از نظر میانگین سنی از آزمون تی استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ($P=0/918$)؛ اکثر افراد در گروه های مورد بررسی، بین ۱۳ تا ۲۴ ماه سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر مدت زمان مصرف قبل از ترک مصرف مواد مخدر از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر جنسیت وجود ندارد ($P=0/916$)؛ اکثر افراد در گروه های مورد بررسی، از نظر وضعیت تأهل مجرد بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر وضعیت تأهل از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر وضعیت تأهل وجود ندارد ($P=0/942$)؛ اکثر افراد بر این، اکثر افراد در گروه های مورد بررسی، از نظر میزان تحصیلات در سطح دیپلم بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر میزان تحصیلات از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها تفاوت معناداری از نظر میزان تحصیلات وجود ندارد ($P=0/612$)؛ میانگین و انحراف معیار دو گروه در متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شد.

که ضریب کل سوالات ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۴). در جمعیت ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای عدم پذیرش هیجان های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ به دست آمد (۳۵). در پژوهش حاضر برای سنجش خودکارآمدی ترک از مقیاس خودکارآمدی ترک اعتیاد مارتین (۳۱) استفاده شد. این مقیاس شامل ۱۶ سوال و چهار مولفه حل مسئله با سوالات ۱، ۲، ۳ و ۴؛ تصمیم گیری با سوالات ۵، ۶، ۷ و ۸؛ ابراز وجود با سوالات ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ ارتباط با سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶ را اندازه گیری می کند. شیوه نمره گذاری مقیاس ۷ گزینه ای لیکرت (قطعاً خیر تا قطعاً بله) است. آلفای کرونباخ مقیاس برای بررسی پایایی آن توسط سازنده ضریب ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۱). در جمعیت ایرانی و در مطالعه ای با مددجویان معتاد مراجعه کننده به کلینیک درمان و بازتوانی اعتیاد مهر و پیروزی شهر مشهد پایایی این مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردیده است که ضرایب آلفای کرونباخ برای حل مسئله ۰/۷۸، تصمیم گیری ۰/۷۲، ابراز وجود ۰/۷۵ و ارتباط ۰/۷۲ و کل سوالات ۰/۹۰ به دست آمده است (۳۶).

با رعایت مفروضه ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر استفاده شد. افزون بر این، برای مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان درمانی هیجان مدار بر متغیرهای وابسته و همچنین، مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون های آمار استنباطی، آزمون نرمال بودن کولموروف - اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون M باکس و آزمون کرویت موچلی گزارش شدند. ملاحظات اخلاقی مصوب کمیته

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	طرحواره درمانی		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
بازداری رفتاری	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷	۳/۹۱	۳/۵۵
	پس‌آزمون	۱۶/۳۷	۳/۴۱	۳/۵۴
	پیگیری	۱۶/۲۱	۳/۴۲	۳/۵۴
فعالسازی رفتاری	پیش‌آزمون	۷۹/۶۷	۱۰/۲۵	۱۰/۰۲
	پس‌آزمون	۸۸/۵۳	۶/۴۶	۹/۸۹
	پیگیری	۸۸/۱۳	۶/۶۳	۹/۹۶
نمره کلی نظام مغزی - رفتاری	پیش‌آزمون	۹۴/۷۳	۱۳/۴۲	۱۲/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰۴/۷۹	۹/۲۴	۱۲/۶۸
	پیگیری	۱۰۴/۳۹	۹/۴۷	۱۲/۶۰
عدم پذیرش	پیش‌آزمون	۱۶/۳۳	۴/۲۲۰	۴/۰۲۶
	پس‌آزمون	۱۳/۶۷	۳/۴۹۸	۳/۴۹۴
	پیگیری	۱۳/۶۰	۳/۴۳۹	۳/۴۴۸
اهداف	پیش‌آزمون	۱۷/۸۷	۲/۸۲۵	۲/۷۲۲
	پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۲۶۴	۲/۴۳۴
	پیگیری	۱۵/۶۰	۲/۴۱۴	۲/۴۷۸
تکانش‌گری	پیش‌آزمون	۲۰/۳۳	۴/۲۲۰	۴/۰۲۶
	پس‌آزمون	۱۹/۹۳	۳/۹۷۳	۳/۹۲۲
	پیگیری	۱۹/۸۷	۳/۹۴۴	۳/۸۸۸
آگاهی	پیش‌آزمون	۲۶/۸۰	۸/۹۵۴	۸/۰۸۸
	پس‌آزمون	۲۰/۲۰	۹/۴۰۵	۸/۳۱۲
	پیگیری	۲۰/۰۷	۹/۱۴۵	۸/۳۳۹
راهبردها	پیش‌آزمون	۱۷/۸۰	۲/۳۹۶	۲/۳۵۶
	پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۶۹۶	۲/۴۴۴
	پیگیری	۱۵/۴۷	۲/۵۸۸	۲/۴۴۴
وضوح	پیش‌آزمون	۱۵/۲۷	۵/۲۰۳	۴/۸۰۳
	پس‌آزمون	۱۵/۰۷	۴/۸۶۲	۴/۴۵۳
	پیگیری	۱۵/۱۳	۴/۸۶۸	۴/۳۵۳
نمره کلی بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۱۴/۴۰	۲۴/۳۴۸	۲۲/۵۷۳
	پس‌آزمون	۹۹/۹۳	۲۲/۸۰۵	۲۱/۶۶۵
	پیگیری	۹۹/۷۳	۲۲/۵۲۴	۲۱/۴۷۰
حل مسئله	پیش‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۶۹	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۱۷/۰۰	۲/۴۷	۲/۷۹
	پیگیری	۱۷/۰۷	۲/۳۴	۲/۷۶
تصمیم‌گیری	پیش‌آزمون	۱۶/۹۳	۲/۴۰	۲/۴۶
	پس‌آزمون	۱۸/۲۷	۱/۲۲	۲/۳۷
	پیگیری	۱۸/۱۳	۱/۴۰	۲/۱۵

۲/۱۶	۱۷/۸۷	۲/۲۱	۱۷/۸۰	پیش‌آزمون	
۱/۷۶	۱۸/۱۳	۳/۲۴	۲۰/۹۳	پس‌آزمون	ارتباط
۱/۷۵	۱۸/۰۷	۲/۹۲	۲۰/۶۷	پیگیری	
۳/۵۷	۱۴/۷۳	۳/۳۹	۱۴/۳۳	پیش‌آزمون	
۳/۴۸	۱۴/۶۰	۳/۰۱	۱۶/۰۷	پس‌آزمون	ابراز وجود
۳/۵۵	۱۴/۳۳	۳/۰۷	۱۶/۰۰	پیگیری	
۷/۸۸	۶۴/۸۶	۷/۸۰	۶۴/۶۰	پیش‌آزمون	
۷/۷۵	۶۵/۰۶	۴/۶۳	۷۲/۲۶	پس‌آزمون	نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد
۷/۸۸	۶۴/۶۶	۴/۶۲	۷۱/۸۶	پیگیری	

نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P > 0.05$). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون M باکس نیز بیانگر آن بود ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است. با توجه به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی، تأیید نشده است، در نتایج درون گروهی از نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر استفاده شد.

به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نظام‌های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. استفاده از این آزمون‌ها مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که داده‌های دو گروه آزمون و کنترل در متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف سنجش با منحنی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
بازداری رفتاری	درون گروهی	۱۵/۷۹۴	۰/۰۰۱**	۰/۳۶۱
	درون گروهی	۱۲/۶۴۴	۰/۰۰۱**	۰/۳۱۱
	بین گروهی	۱۳/۴۷۵	۰/۰۰۱**	۰/۳۴۱
فعالسازی رفتاری	درون گروهی	۳۳/۰۳۴	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۱
	درون گروهی	۳۵/۱۸۲	۰/۰۰۱**	۰/۵۵۷
	بین گروهی	۵۵/۱۶۲	۰/۰۰۱**	۰/۶۸۰
نمره کلی نظام مغزی - رفتاری	درون گروهی	۳۴/۵۴۴	۰/۰۰۱**	۰/۵۵۲
	درون گروهی	۳۵/۵۱۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۵۹
	بین گروهی	۵۵/۱۱۹	۰/۰۱۰**	۰/۶۸۸
عدم پذیرش	درون گروهی	۲۷/۱۰۸	۰/۰۰۱**	۰/۴۹۲
	درون گروهی	۱۲/۲۹۵	۰/۰۰۳**	۰/۳۰۵
	بین گروهی	۳۴/۷۳۱	۰/۰۰۱**	۰/۵۹۱
اهداف	درون گروهی	۳۱/۲۸۳	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۸
	درون گروهی	۲۴/۷۱۷	۰/۰۰۱**	۰/۴۶۹
	بین گروهی	۳۵/۳۷۱	۰/۰۰۱**	۰/۵۷۶
تکانش‌گری	درون گروهی	۳/۲۲۲	۰/۰۸۳	۰/۱۰۳
	درون گروهی	۰/۹۹۴	۰/۳۲۷	۰/۰۳۴
	بین گروهی	۱/۶۶۹	۰/۲۰۸	۰/۰۶۰

تامیلا اسمعیل فراهانی و همکاران

۰/۷۰۱	۰/۰۰۱ ^{**}	۶۵/۷۸۹	زمان	درون گروهی	
۰/۷۱۰	۰/۰۰۱ ^{**}	۶۸/۴۴۷	زمان × گروه	درون گروهی	آگاهی
۰/۷۰۹	۰/۰۰۱ ^{**}	۵۸/۵۴۴	گروه	بین گروهی	
۰/۴۳۴	۰/۰۰۱ ^{**}	۲۰/۶۴۳	زمان	درون گروهی	
۰/۴۵۳	۰/۰۰۱ ^{**}	۲۳/۱۴۳	زمان × گروه	درون گروهی	راهبردها
۰/۴۴۵	۰/۰۰۱ ^{**}	۱۹/۲۳۳	گروه	بین گروهی	
۰/۰۲۷	۰/۳۸۲	۰/۷۸۸	زمان	درون گروهی	
۰/۰۰۳	۰/۷۷۰	۰/۰۸۷	زمان × گروه	درون گروهی	وضوح
۰/۰۱۹	۰/۵۰۰	۰/۴۶۹	گروه	بین گروهی	
۰/۷۴۶	۰/۰۰۱ ^{**}	۸۲/۱۴۸	زمان	درون گروهی	
۷۰۶/۰	۰۰/۰۱ ^{**}	۲۴۶/۶۷	زمان × گروه	درون گروهی	نمره کلی بدتنظیمی هیجانی
۰/۷۷۵	۰/۰۰۱ ^{**}	۸۵/۸۸۱	گروه	بین گروهی	
۰/۲۳۶	۰/۰۰۶ ^{**}	۸/۶۷۱	زمان	درون گروهی	
۰/۳۰۵	۰/۰۰۲ ^{**}	۱۲/۲۸۹	زمان × گروه	درون گروهی	حل مسئله
۰/۳۵۸	۰/۰۰۱ ^{**}	۱۳/۴۰۰	گروه	بین گروهی	
۰/۲۱۰	۰/۰۱۱ [°]	۷/۴۴۷	زمان	درون گروهی	
۰/۱۴۵	۰/۰۳۸ [°]	۴/۷۶۶	زمان × گروه	درون گروهی	تصمیمگیری
۰/۳۷۱	۰/۰۰۱ ^{**}	۱۴/۱۳۶	گروه	بین گروهی	
۰/۵۴۰	۰/۰۰۱ ^{**}	۳۲/۸۴۳	زمان	درون گروهی	
۰/۴۷۰	۰/۰۰۱ ^{**}	۲۴/۸۳۴	زمان × گروه	درون گروهی	ارتباط
۰/۴۹۵	۰/۰۰۱ ^{**}	۲۳/۵۴۸	گروه	بین گروهی	
۰/۱۹۷	۰/۰۱۴ [°]	۸۸۶/۶	زمان	درون گروهی	
۰/۳۹۶	۰/۰۰۱ ^{**}	۱۸/۳۳۰	زمان × گروه	درون گروهی	ابراز وجود
۰/۴۳۳	۰/۰۰۱ ^{**}	۱۸/۳۵۷	گروه	بین گروهی	
۰/۵۰۶	۰/۰۰۱ ^{**}	۲۸/۷۰۵	زمان	درون گروهی	
۰/۵۳۴	۰/۰۰۱ ^{**}	۳۲/۰۴۷	زمان × گروه	درون گروهی	نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد
۰/۶۶۷	۰/۰۰۱ ^{**}	۵۰/۰۴۷	گروه	بین گروهی	

شده است. در متغیر خودکارآمدی ترک مصرف مواد نیز، در طول زمان (از پیش آزمون تا پیگیری) تغییر معناداری در نمره کلی خودکارآمدی مصرف مواد ($P < 0/01$) و مؤلفه های حل مسئله ($P < 0/001$)، تصمیم گیری ($P < 0/05$)، ارتباط ($P < 0/01$) و ابراز وجود ($P < 0/05$) ایجاد شده است. برای تعیین اثر دقیق گروه و مقایسه گروه ها در مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۴).

بر اساس نتایج جدول ۳، اثر درون آزمودنی مبین آن است که در طول زمان (از پیش آزمون تا پیگیری) تغییر معناداری در نمره کلی نظام مغزی - رفتاری ($P < 0/01$) و مؤلفه های بازداری رفتاری ($P < 0/01$) و فعال سازی رفتاری ($P < 0/01$) ایجاد شده است. همچنین، در طول زمان (از پیش آزمون تا پیگیری) تغییر معناداری در نمره کلی بدتنظیمی هیجانی ($P < 0/01$) و مؤلفه های عدم پذیرش ($P < 0/01$)، اهداف ($P < 0/01$)، آگاهی ($P < 0/01$) و راهبردها ($P < 0/01$) ایجاد

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه های پژوهش با گروه کنترل در زمان های مطالعه

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری
بازداری رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۶۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۱۳	۰/۰۲۱	۰/۹۹۸
فعالسازی رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۶۷	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۱۶۷	۰/۷۲۵	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۲۳۲	۰/۰۹۶
نمره کلی نظام مغزی - رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۲۰۰	۰/۷۸۹	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۸۰۰	۰/۲۳۲	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۲۳۲	۰/۰۹۶
عدم پذیرش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۵۶۷	۰/۳۰۷	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۶۳۳	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۴۷	۰/۱۶۸
اهداف	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۲۶۷	۰/۲۱۲	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۲۱۵	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۴۷	۰/۱۶۸
تکانش گری	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۲۳۳	۰/۱۴۰	۰/۱۰۷
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۳۰۰	۰/۱۶۷	۰/۰۸۳
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۴۰	۰/۱۶۸
آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۲۳۳	۰/۴۴۱	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۲۳۳	۰/۴۱۱	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۰۷۵	۰/۱۹۰
راهبردها	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۱۰۰	۰/۲۵۸	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۱۳۳	۰/۲۴۹	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۳۲۶
وضوح	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۰۹۸	۰/۱۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۱۱۳	۰/۳۸۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۴۷	۰/۱۶۸
نمره کلی بدنتظیمی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۵۶۷	۰/۸۴۶	۰/۰۰۱**
	پیش آزمون	پیگیری	۷/۷۰۰	۰/۸۵۰	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۲۶	۰/۲۹۹
حل مسئله	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۷۰۰	۰/۲۳۱	۰/۰۰۵**
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۷۰۰	۰/۲۳۸	۰/۰۰۶**
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۳	۰/۱۰۸	۰/۹۹۶
تصمیم گیری	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۷۳۳	۰/۲۱۰	۰/۰۰۳**
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۲۴۴	۰/۰۱۱*
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۱۸	۰/۵۷۷

تامیلا اسمعیل فراهانی و همکاران

پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۷۰۰	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱**
ارتباط	پیش آزمون	-۱/۵۳۳	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۰۹۷	۰/۰۹۶
	پیش آزمون	-۰/۸۰۰	۰/۲۲۰	۰/۰۰۱**
ابراز وجود	پیش آزمون	-۰/۶۳۳	۰/۲۴۱	۰/۰۱۴*
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۱۰۸	۰/۱۳۵
	پیش آزمون	-۳/۹۳۳	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱**
نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد	پیش آزمون	-۳/۵۳۳	۰/۶۵۹	۰/۰۰۱**
	پس آزمون	۰/۴۰۰	۰/۲۳۲	۰/۰۹۶

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد طرحواره درمانی بر نمره کلی نظام مغزی - رفتاری و مؤلفه های بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری اثربخش است و نتایج به دست آمده تا مرحله پیگیری پایدار می باشد. همچنین، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی بدتنظیمی هیجانی و مؤلفه های عدم پذیرش، اهداف، آگاهی و راهبردها معنادار شده است و این اثربخشی تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. در مورد متغیر خودکارآمدی ترک مصرف مواد نیز، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد و مؤلفه های حل مسئله، تصمیم گیری، ارتباط و ابراز وجود معنادار شده است و اثربخشی آن تا مرحله پیگیری پایدار بوده است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر انجام شد. نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر نمره کلی نظام مغزی - رفتاری و مؤلفه های بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری اثربخش است و نتایج به دست آمده تا مرحله پیگیری پایدار می باشد. همسو با اهداف پژوهش حاضر، دی اولویراچانا و همکاران (۲۳) نیز در یافته ای همخوان با یافته های این مطالعه نشان دادند طرحواره درمانی در بهبود نظام مغزی - رفتاری مؤثر است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود بازداری رفتاری به نظر می رسد در این رویکرد، درمانگران به افراد کمک می کنند تا مهارت های اجتماعی و ارتباطی خود را تقویت کنند. افراد با توجه به طرحواره های خود می توانند یاد بگیرند چگونه به طور مؤثرتری با دیگران تعامل کنند و از این طریق بازداری

رفتاری را کاهش دهند. این رویکرد به فرد کمک می کند تا خودآگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و واکنش های خود پیدا کند. با افزایش خودآگاهی، فرد می تواند رفتارهای بازدارنده خود را شناسایی و در پی تغییر آن ها برآید (۳۷). طرحواره درمانی به بررسی ریشه های عمیق تر مشکلات رفتاری می پردازد و به جای فقط مدیریت علائم، سعی در تغییر بنیادین الگوهای رفتاری دارد که موجب بازداری فرد می شود. این درمان عمیق تر و پایدارتر است و می تواند به تغییرات دائمی در رفتار منجر شود. در فرآیند درمان، افراد به دلیل درک بهتر از خود و طرحواره هایشان، انگیزه بیشتری برای تغییر و بهبود رفتارهای خود پیدا می کنند (۲۳). این انگیزه می تواند به کاهش بازداری رفتاری کمک کند. در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود فعال سازی رفتاری لازم به ذکر است در طرحواره درمانی، تمرکز بر تغییر رفتار به عنوان یک روش کلیدی برای بهبود وضعیت روانی مطرح می شود. با تشویق بیماران به شرکت در فعالیت های مثبت و سازنده، می توانند احساس موفقیت و رضایت بیشتری را تجربه کنند. این احساسات مثبت به نوبه خود می توانند به تقویت انگیزه برای ادامه فعالیت ها و تغییرات مثبت در زندگی منجر شوند (۹). با توجه به اینکه بیماران در طول درمان یاد می گیرند که چگونه بر چالش ها غلبه کنند و رفتارهای مثبت را در زندگی خود پیاده سازی کنند، حس خودکارآمدی آنها افزایش می یابد. این حس به بیماران کمک می کند تا احساس کنند که قادر به تغییر وضعیت خود هستند و می توانند به اهداف خود دست یابند (۳۸). علاوه بر این، با تغییر طرحواره ها و یادگیری مهارت های جدید، حس خودکارآمدی بیماران افزایش می یابد. این حس به آنها کمک می کند تا با موفقیت در تغییر رفتار و دستیابی به اهداف کوچک، اعتماد به نفس بیشتری پیدا

کنند. همچنین، این پیشرفت‌ها می‌تواند به ایجاد انگیزه برای ادامه تلاش‌ها و پذیرش چالش‌های جدید منجر شود (۳۹). این اقدامات زنان وابسته به مواد مخدر را به شرکت در فعالیت‌های مثبت و سازنده تشویق می‌کند.

همچنین، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی بدنتظیمی هیجانی و مؤلفه‌های عدم پذیرش، اهداف، آگاهی و راهبردها معنادار شده است و این اثربخشی تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. در پیشینه پژوهشی، دادومو و همکاران (۲۱) و کیوانلو و همکاران (۴۰) و نیز همسو با یافته‌های این مطالعه دریافتند طرحواره درمانی برای بهبود مشکلات هیجانی مؤثر است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود بدنتظیمی هیجانی در زنان وابسته به مواد مخدر باید بیان داشت طرحواره درمانی، به عنوان یک رویکرد روان‌درمانی، بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمد تمرکز دارد که ریشه در تجارب اولیه فرد دارند. این الگوها یا طرحواره‌ها می‌توانند منجر به بدنتظیمی هیجانی شوند، زیرا افراد ممکن است به طور ناخودآگاه به این الگوها پاسخ دهند و هیجان‌های منفی را تجربه کنند (۲۱). با شناسایی این طرحواره‌ها و کار بر روی آن‌ها، بیماران می‌توانند درک بهتری از احساسات خود پیدا کنند و راه‌های سالم‌تری برای مدیریت هیجان‌تشان بیاموزند. علاوه بر این، طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا با بررسی و تغییر باورهای بنیادی خود، به یک خودآگاهی عمیق‌تر دست یابند. این فرآیند نه تنها به کاهش هیجان‌های منفی کمک می‌کند بلکه به فرد این امکان را می‌دهد که به جای واکنش‌های خودکار و نامناسب، پاسخ‌های سازنده‌تری را انتخاب کند (۴۰). در نتیجه، این رویکرد می‌تواند به زنان وابسته به مواد مخدر در بهبود تنظیم هیجانی و افزایش توانایی فرد در مواجهه با چالش‌های زندگی کمک کند.

علاوه بر این، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد و مؤلفه‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ارتباط و ابراز وجود معنادار شده است و اثربخشی آن تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. همسو با این یافته، بهرام‌آبادیان و همکاران (۲۲) در پژوهشی با افراد معتاد متجاهر نشان دادند که طرحواره درمانی بر افزایش خودکارآمدی با پیگیری دو ماهه تأثیر معناداری دارد. فرخی و همکاران (۴۱) نیز دریافتند طرحواره درمانی بر خودکارآمدی درد در بیماران تحت جراحی ستون فقرات اثربخش است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود خودکارآمدی ترک مصرف مواد در زنان وابسته به مواد مخدر باید بیان داشت طرحواره درمانی می‌تواند بهبود خودکارآمدی افراد در ترک مصرف مواد را تسهیل کند. اولین عامل این است که طرحواره درمانی به فرد آموزش می‌دهند که احساسات و تجربیات خود را به عنوان بخشی از تجربه زندگی خود پذیرفته و با آن‌ها کنار بیایند. این شامل پذیرش احساسات منفی نظیر اشتیاق به مصرف مواد یا احساسات ناخوشایندی مرتبط با ترک مصرف است (۲۲). این پذیرش احساسات می‌تواند باعث کاهش تلاش‌های ناموفق برای کنترل این احساسات شود، که به نوبه‌ی خود باعث افزایش خودکارآمدی در مواجهه با این تحدیدها و پرهیز از مصرف مواد می‌شود. در ادامه، طرحواره درمانی فرد را به سمت انجام رفتارهای جایگزین سازگارتر با سلامتی و رضایت شخصی هدایت می‌دهد. به عنوان مثال، فرد ممکن است ارزش‌هایی مانند بهبود سلامت جسمانی یا بهبود روابط اجتماعی را برای خود تعیین کند و به آن‌ها تعهد کند (۴۱). این تعهد به ارزش‌ها و اهداف، فرد را به ترک مصرف مواد و جلوگیری از بازگشت به آن تشویق می‌کند و او را به خودکنترلی بیشتر در مواجهه با تحریک‌های ترک مصرف تقویت می‌کند.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش حاضر لازم به ذکر است این مطالعه در زنان وابسته به مواد مخدر انجام شده است و تعمیم نتایج آن به مردان وابسته به مواد مخدر با محدودیت همراه است. عدم کنترل متغیر متداخل اثرگذار بر متغیرهای وابسته مانند میزان و شدت اعتیاد نیز محدودیت دیگری است که می‌تواند بر نتایج این مطالعه تأثیرگذار باشد. افزون بر این، برخی از افراد شرکت‌کننده تکالیف خانگی را به دلایل مختلفی به طور صحیح و منظم انجام نمی‌دادند. به این دلیل، زمان زیادی حین و بعد از اتمام جلسات گروهی صرف تشویق این افراد جهت انجام تکالیف خانگی می‌شد. با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود نظام مغزی - رفتاری، بدنتظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک مصرف مواد در زنان وابسته به مواد مخدر مؤثر است، پیشنهاد می‌شود که این نوع درمان به‌طور منظم در مراکز درمان اعتیاد و گروه‌های حمایتی برای زنان ارائه شود. برگزاری جلسات گروهی و کارگاه‌های آموزشی که به شناسایی و تغییر طرحواره‌های منفی مرتبط با اعتیاد پرداخته می‌شود، می‌تواند به این زنان

رفتاری و مؤلفه های بازدارنده رفتاری و فعال سازی رفتاری اثربخش است و نتایج به دست آمده تا مرحله پیگیری پایدار می باشد. همچنین، اثربخشی طرحواره درمانی بر نمره کلی بدتنظیمی هیجانی و مؤلفه های عدم پذیرش، اهداف، آگاهی و راهبردها معنادار شد و این اثربخشی تا مرحله پیگیری پایدار بود. علاوه بر این، طرحواره درمانی بر نمره کلی خودکارآمدی ترک مصرف مواد و مؤلفه های حل مسئله، تصمیم گیری، ارتباط و ابزار وجود اثربخش بود و اثر آن تا مرحله پیگیری تداوم داشت. با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از طرحواره درمانی به عنوان مداخله مکمل همراه با سایر اقدامات درمانی جهت بهبود نظام های مغزی-رفتاری، بدتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی ترک در زنان وابسته به مواد مخدر توصیه می شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت مجموعه سرای مهر جمعیت طلوع بی نشان ها به دلیل هماهنگی انجام شده برای ارتباط با افراد نمونه و همچنین، افراد شرکت کننده در این مطالعه که با صبر و بردباری با تیم مطالعه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. de Vogel V, Stam J, Bouman YH, Ter Horst P, Lancel M. Gender differences in substance abuse history and offending behavior: a multicentre study in Dutch forensic psychiatry. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*. 2022;22(1):1-17. <https://doi.org/10.1080/24732850.2021.1945833>
2. Gholami J, Baheshmat S, Roostam-Abadi Y, Hamzehzadeh M, Mojtabei R, Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmacili M. Mortality and negative outcomes of opioid use and opioid use disorder: a 6-year follow-up study. *Addiction*. 2022 Jul;117(7):2059-66. <https://doi.org/10.1111/add.15805>
3. Fernández Artamendi S, Martínez-Loredo V, López-Núñez C. Sex differences in comorbidity between substance use and mental health in adolescents: Two sides of the same coin.

کمک کند تا رفتارهای خود را بهتر مدیریت کرده و به سمت فعالیت های مثبت و سازنده هدایت شوند. همچنین، آموزش مهارت های زندگی و تکنیک های مقابله ای در این جلسات می تواند به افزایش تاب آوری و خودکارآمدی آنها کمک کند. با فراهم سازی فضایی حمایتگر و تشویق به همکاری گروهی، می توان به بهبود شرایط اجتماعی و روانی این زنان و کاهش نرخ اعتیاد در جامعه کمک کرد. همچنین، پیشنهاد می شود که این نوع درمان به عنوان یک بخش کلیدی در برنامه های درمانی مراکز ترک اعتیاد و سازمان های اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. برگزاری کارگاه ها و جلسات درمانی گروهی که بر شناسایی و تغییر طرحواره های هیجانی منفی تمرکز دارند، می تواند به زنان وابسته به مواد مخدر کمک کند تا مهارت های لازم برای مدیریت هیجانات خود را یاد بگیرند. همچنین، آموزش تکنیک های نظیر ذهن آگاهی و خودآگاهی می تواند به آنها کمک کند تا در مواجهه با احساسات چالش برانگیز، واکنش های بهتری نشان دهند. ایجاد گروه های حمایتی و مشاوره های فردی توسط متخصصان نیز می تواند فضایی امن برای بیان احساسات و تجربیات فراهم کند و به بهبود کیفیت زندگی این زنان کمک کند، و در نهایت به کاهش وابستگی به مواد مخدر منجر شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر نمره کلی نظام مغزی -

- Psicothema. 2021;33(1):36-43. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.297>
4. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour research and therapy*. 1970;8(3):249-66. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90069-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90069-0)
5. Li Y, Xu Y, Chen Z. Effects of the behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS), and emotion regulation on depression: A one-year follow-up study in Chinese adolescents. *Psychiatry research*. 2015;230(2):287-93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.007>
6. Gao L, Zhao W, Chu X, Chen H, Li W. A network analysis of the relationships between behavioral inhibition/activation systems and problematic mobile phone use. *Frontiers in psychiatry*. 2022;13:832933. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.832933>

7. Xie J, Fang P, Zhang Z, Luo R, Dai B. Behavioral inhibition/activation systems and depression among females with substance use disorder: the mediating role of intolerance of uncertainty and anhedonia. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Mar 4;12:644882. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.644882>
8. Abdollahi MH, Baheshmat Juybari S. Behavioral activation and inhibition systems and coping styles in opium consumer, methadone maintenance treatment clients and healthy peers. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2017;10(40):11-26. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1200-en.html>
9. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *Journal of contemporary psychotherapy*. 2019;49(1):7-14. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9396-9>
10. Azizi S, Maghsoudloo A, Baheshmat S. Comparison of coping strategies and emotion regulation tendencies among opium users, methadone maintenance treatment clients and normal individuals. *Journal of Research and Health*. 2019;9(6):533-43. <https://doi.org/10.32598/jrh.9.6.533>
11. Moore KE, Clemens KS, Gratz KL, Tull MT. Treatment-relevant factors among adults receiving court-mandated substance use treatment: The role of emotion dysregulation. *Psychological Services*. 2024;21(1):155. <https://doi.org/10.1037/ser0000672>
12. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:628252. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>
13. Ansari M, Roostam-Abadi Y, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, Gholami J, Mojtabai R, Rahimi-Movaghar A. Buprenorphine abuse and health risks in Iran: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2021 Sep 1;226:108871. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108871>
14. Di Giunta L, Lunetti C, Gliozzo G, Rothenberg WA, Lansford JE, Eisenberg N, et al. Negative parenting, adolescents' emotion regulation, self-efficacy in emotion regulation, and psychological adjustment. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(4):2251. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042251>
15. Niles JK, Gutierrez D, Dukes AT, Mullen PR, Goode CD. Understanding the relationships between personal growth initiative, hope, and abstinence self-efficacy. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 2022;43(1):15-25. <https://doi.org/10.1002/jaoc.12099>
16. Wibowo KP. The Effect of Severity of Addiction and Abstinence Self-efficacy to Drug Craving in Narcotics Abusers. *The Effect of Severity of Addiction and Abstinence Self-efficacy to Drug Craving in Narcotics Abusers*. 2021;67(1):8-28. <https://doi.org/10.47119/IJRP1006711220201618>
17. Altman BR, Braun TD, Battle CL, Iacoi S, Stein MD, Abrantes AM. The indirect effect of negative emotionality via alcohol craving on abstinence self-efficacy among women in alcohol treatment. *Addictive behaviors*. 2022;132:107347. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107347>
18. Albal E, Buzlu S. The effect of maladaptive schemas and psychological flexibility approaches on the addiction severity of drug addicts. *Archives of psychiatric nursing*. 2021;35(6):617-24. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.09.001>
19. Van Donzel L, Ouwens M, Van Alphen S, Bouwmeester S, Videler A. The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults-integrating positive schemas. *Contemporary clinical trials communications*. 2021;21:100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
20. Bachrach N, Arntz A. Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of clinical psychology*. 2021;77(5):1233-48. <https://doi.org/10.1002/jclp.23118>
21. Dado H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*. 2018;31(1):43-9. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000380>
22. Bahram Abadian F, Mojtabaie M, Sabet M. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *Journal of Psychological Science*. 2021;20(106):1849-63. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849>
23. de Oliveira Cunha G, Stiles-Shields C, Eichenbaum-Pikser S, Rizvi SL. Schema Therapy for Addiction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2021;129:108376. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1366617>
24. Aalami M, Taimory S, Ahi G. The effectiveness

- of an integrated approach of schema therapy based acceptance and commitment therapy on marital conflicts and divorce tendency in divorce applicant couples. *Journal of research in behavioural sciences*. 2020;18(1):132-41. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.13>
25. Mirkhan NAS, Khalatbari J, Trader B. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and schema therapy on resilience, post-traumatic growth and adaptation of breast cancer patients in East Tehran. *Educational Psychology Skills Quarterly*. 2019; 2(1), 171-177. <https://doi.org/10.29252/ijes.2.1.171>
 26. Ghalipour M, Birami M, Babapurkhairuddin J. Comparison of inhibitory systems, brain activation and personality factors of substance-dependent and healthy women in addiction treatment clinics in Ahar city. *Journal of Women and Family Studies*. 2014, 8(30): 101-111. <https://sanad.iau.ir/Journal/jwsf/Article/955143>
 27. Young J, First M. Schema mode listing. Schema Therapy Institute. Retrieved from: www.schematherapy.com/id72.htm2003.
 28. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford press; 2006. <https://www.scirp.org/reference/referencepapers?referenceid=80017>
 29. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1994;67(2):319. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
 30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26:41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 31. Martin GW, Wilkinson DA, Poulos CX. The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of substance abuse*. 1995;7(2):151-63. [https://doi.org/10.1016/0899-3289\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0899-3289(95)90001-2)
 32. Eriksson LJ, Jansson B, Sundin Ö. Psychometric properties of a Swedish version of the reinforcement sensitivity theory of personality questionnaire. *Nordic Psychology*. 2019;71(2):134-45. <https://doi.org/10.1080/19012276.2018.1516563>
 33. AghaYousefi A, Javanmard G, Mohammadi R. Brain Behavioral Inhibition and Activation Systems (BIS/BAS) and Hemispheric Dominance in People with and without Alexithymia. *Clinical Psychology and Personality*. 2020;16(1):141-9.
 34. Cunningham ML, Griffiths S, Baillie A, Murray SB. Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*. 2018;19(1):59. <https://psycnet.apa.org/buy/2016-53582-001> <https://doi.org/10.1037/men0000082>
 35. Basharat MA. Emotion regulation difficulty scale. *Thought and behavior in clinical psychology (thought and behavior)*. 2017;12(47):89-92. <https://sid.ir/paper/515178/fa>
 36. Hoseini J, Babamohammadi M, Noroozy H. The Simple and Multiple Relationship of Pathological Narcissism and Self-Control in Prediction of Drug Abstinence Self-Efficacy. *Research on Addiction*. 2017;11(43):161-76. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1152-en.html>
 37. Rafeali E. Schema therapy. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*: Cham: Springer International Publishing.; 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_943
 38. Leahy RL. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019;12(1):1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
 39. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, De Vogel V, Kersten GC, Lancel M, et al. Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological medicine*. 2023;53(1):88-102. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
 40. Keyvanlo S, Nariman M, Basharpour S. The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy (EST) on Difficulties in Emotion Regulation among Mothers having Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022; 21;3(1):243-62. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.1.13>
 41. Farokhi h, Ansarishahidi m, Rezayi h, Abrahami A, Arbkheradmand j. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy in Spinal Column Surgery Patients. *Anesthesiology and Pain*. 2020;10(4):89-96. <https://jap.iuims.ac.ir/article-1-5485-en.pdf>