MEJDS. 2023; 13:66.
Published online 2023 Aug. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Schema Therapy on Life Quality and Anxiety of Rehabilitated Addicts under Methadone Therapy in Ahvaz City, Iran

Farhady A[1], *Sodani M[2], Gholamzadeh Jofreh M[3]

Author Address
1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Counseling Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Sodani_m@scu.ac.i

Received: 2022 March 6; **Accepted:** 2022 June 8

Abstract

Background & Objectives: Addiction is one of the most important problems of human society. The problem has emerged as pervasive and endangered millions of people's lives. Every year, governments spend large national capital to combat this ominous phenomenon. Anxiety, depression, and maladaptive schemas formed in childhood are cited as important and influential factors in the development and continuance of drug use. Research has shown that people suffering from mental disorders such as anxiety and mood disorders are more likely to get addicted than the general population. Also, drug addicts suffer more from mood disorders and anxiety than the general population. One of the effective psychological treatments to adjust cognitive, emotional, emotional, and behavioral experiences in drug abusers is schema therapy. This study aimed to investigate the effect of schema therapy on the life quality and anxiety of recovered addicts using methadone referring to addiction treatment centers in Ahvaz City, Iran.

Methods: The present study was conducted by quasi–experimental method with a pretest–posttest and follow–up design employing a control group. The statistical population included all drug users referred to welfare–related medical centers in Ahvaz from March 2020 to March 2021. For the present study, one center was chosen with 40 individuals. They were randomly selected and assigned to the experimental and control (each group=20). The inclusion criteria included male individuals aged 20 to 50 years who had not participated in other psychological treatments without obvious physical and mental illness. The exclusion criteria were individuals who failed to cooperate in any research stages or did not attend the training sessions. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF) Questionnaire (1996) brief form and Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ) (Koksal & Power, 1990) were used to collect data. The experimental group received 12 sessions (each lasting 95 minutes) of schema therapy, and the control group continued drug therapy without psychological intervention according to the center's routine. In the current research, data analysis was done using SPSS version 22 software in descriptive and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, mean and standard deviation were used. Then, multivariate and univariate analyses of covariance tests were used to analyze the data at a significance level of 0.05.

Results: The multivariate covariance analysis indicated that schema therapy significantly affected at least one of the variables of quality of life and anxiety in the experimental group ($p \leq 0.01$). The eta coefficient was 0.91. The results of univariate covariance analysis indicated that, after removing the effect of the pretest, the differences between the experimental group and the control group were significant in the quality of life ($p \leq 0.001$) and anxiety ($p \leq 0.001$) variables in the posttest. Schema therapy (independent variable) contributed 90% to increasing the quality of life and 92% to reducing anxiety.

Conclusion: Schematic therapy increases the quality of life and reduces the anxiety of recovering addicts using methadone in Ahvaz, and this treatment can be used in addiction treatment centers.

Keywords: Schema therapy, Anxiety, Quality of life, Rehabilitated addicts under methadone therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۶۶.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی و اضطراب در ترک‌کنندگان مواد مخدر با متادون در شهر اهواز

احمد فرهادی[۱]، *منصور سودانی[۲]، مریم غلام‌زاده جفره[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛

۳. استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Sodani_m@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۵ اسفند ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ خرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد از معضلات بسیار مهم جامعهٔ بشری به‌شمار می‌رود که به‌صورت مشکلی فراگیر بروز کرده و جان میلیون‌ها انسان را به‌خطر انداخته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد ترک‌کنندگان مواد مخدر با متادون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد در شهر اهواز انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی معتادان در حال ترک با متادون تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی در شهر اهواز مراجعه کردند. ازطریق نمونه‌گیری دردسترس یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب شد و چهل نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه بیست نفر) به‌شکل تصادفی قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسش‌نامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب (کوکسال و پاور، ۱۹۹۰) استفاده شد. گروه آزمایش در دوازده جلسهٔ هفتگی و هر جلسه به‌مدت ۹۵ دقیقه طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد؛ اما گروه گواه طبق کار مرکز ترک اعتیاد، به درمان نگهدارنده با متادون و بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی ادامه داد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون‌ها، تفاوت پس‌آزمون‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب معنادار بود ($p\leq$۰/۰۰۱). طرح‌واره‌درمانی ۹۰درصد در افزایش کیفیت زندگی و ۹۲درصد در کاهش اضطراب نقش داشت.

نتیجه‌گیری: مطابق نتایج مطالعهٔ حاضر، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در ترک‌کنندگان مواد مخدر با متادون در شهر اهواز، مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، اضطراب، کیفیت زندگی، معتادان درحال ترک با متادون.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

۱ مقدمه

اعتیاد[1]، از معضلات بسیار مهم جامعهٔ بشری به‌شمار می‌رود که به‌صورت مشکلی فراگیر بروز کرده و جان میلیون‌ها انسان را به‌خطر انداخته است. هرساله دولت‌ها به‌منظور مبارزه با این پدیدهٔ شوم سرمایهٔ کلان ملی را صرف می‌کنند (۱). اضطراب[2] و افسردگی[3] و طرح‌واره‌های ناسازگار[4] شکل‌گرفته در دورهٔ کودکی، از عوامل مهم و تأثیرگذار بر ایجاد و تداوم مصرف مواد مخدر هستند (۲) پژوهش‌ها نشان داد، اشخاصی که از اختلالات روانی مانند اضطراب و اختلالات خُلقی رنج می‌برند، بیشتر از جمعیت عمومی درمعرض اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند. همچنین معتادان به مواد مخدر بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات خُلقی و اضطرابی دچار می‌شوند (۳،۴). باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده درخصوص منشأ اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر[5]، هنوز مشخص نیست که حالات روانی مانند اضطراب و افسردگی عامل گرایش به مواد مخدر است یا مواد مخدر عامل ایجاد حالات روانی مانند اضطراب و افسردگی به‌شمار می‌رود (۵). در سال‌های اخیر درخصوص درمان اختلالات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر پیشرفت‌های زیادی صورت گرفته است که می‌توان به روش‌هایی مانند مداخلات دارویی و روان‌شناختی اشاره کرد (۶). سه موضوع در درمان اعتیاد اهمیت فراوانی دارد: در مرحلهٔ اول، تلاش برای قطع وابستگی جسمانی است؛ در مرحلهٔ دوم، قطع وابستگی روانی و کاهش عواقب غیرجسمی ناشی‌از سوءمصرف مواد مخدر مانند اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی[6] است؛ در مرحلهٔ سوم، پیشگیری از بازگشت مجدد به دورهٔ سوءمصرف و عود مجدد این بیماری است (۷).

از داروهای شناخته‌شده در درمان اعتیاد می‌توان داروی نگهدارندهٔ متادون[7] را نام برد که به‌عنوان دارویی با تأثیرات بلندمدت و به‌منظور حفظ حالت ماندگاری دورهٔ مصرف‌نکردن و پیشگیری از بازگشت پس از قطع مصرف است که موجب افزایش کیفیت زندگی در معتادان در دورهٔ ترک می‌شود (۸)؛ اما به‌نظر می‌رسد، بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر بعد از اتمام دورهٔ درمان به‌حال خویش رها می‌شوند و تا زمانی‌که طرح‌واره‌های ناسازگار در آنان فعال است، روش‌های درمانی در آن‌ها پاسخ‌گو نیست یا تأثیر کمی دارد (۹).

از روش‌های روان‌شناختی مؤثر در درمان، برای تنظیم تجربه‌های شناختی، عاطفی، هیجانی و رفتاری در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر، استفاده از طرح‌واره‌درمانی[8] است (۱۰). اساس طرح‌واره‌درمانی کار روی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح این طرح‌واره‌ها است (۱۱). تصور شده است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر بسیاری بر گرایش اشخاص به سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد دارند (۱۲)؛ سوءمصرف مواد از راهبردهای کنارآمدن معتادان برای دوری‌گزیدن از تأثیرات منفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (۱۳). طرح‌واره‌ها، الگوها و درون‌مایه‌های عمیقی دارند و پایه‌های تشکیل این طرح‌واره‌ها هیجانات، خاطرات، احساسات و شناخت‌واره‌هایی[9] هستند که در دورهٔ کودکی یا دورهٔ نوجوانی شکل گرفته‌اند و در ادامهٔ زندگی تداوم یافته‌اند و محکم شده‌اند و به‌شدت ناکارآمد هستند (۱۰). مبنای درمان در طرح‌واره‌درمانی اصلاح طرح‌واره‌های شکل گرفته است که اساس اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند و بر راهبرهای شناختی متمرکز روی تنظیم هیجانات و نیز بر جنبه‌های مقابله‌ای تأکید می‌کنند (۱۴). شناسایی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گرایش به شروع و تداوم و بازگشت مجدد پس از ترک نقش دارد و با افزایش کنترل بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و با کم‌رنگ‌کردن خاطرات، احساسات، هیجانات، شناخت‌واره‌ها و رفتارهای همراه آن‌ها، پیامدهای خواسته و ناخواستهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مانند اضطراب و گرایش به سوءمصرف مواد مخدر کاهش می‌یابد (۱۰). پژوهشگرانی مانند قندهاری و دهقانی، طرح‌واره‌درمانی را بر کاهش اشتیاق به مصرف و کاهش دُز مصرف متادون را در مصرف‌کنندگان مواد مخدر شامل مواد سنتی و صنعتی مؤثر عنوان کردند (۸). محققی و خرقانی در پژوهش خود با روش مطالعهٔ موردی، طرح‌واره‌درمانی را بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ معتادان دارای سابقهٔ مصرف تریاک تأثیرگذار یافتند (۹). براساس بررسی‌ها، در خارج از کشور تحقیقی مشابه با موضوع حاضر مشاهده نشد؛ اما بال و یانگ (۱۵) و شوری و همکاران (۱۶)، طرح‌واره‌درمانی را بر معتادان به مصرف الکل مؤثر دانستند.

باتوجه به مرزهای مشترک کشورمان با افغانستان به‌منزلهٔ تولیدکنندهٔ مواد مخدر به‌صورت عام و به‌خصوص تریاک به‌صورت خاص و نیز قاچاق روزافزون مواد به کشورمان به‌عنوان مسیر ترانزیت به اروپا، مصرف این مادهٔ مخدر (تریاک) در کشور رو به گسترش است. همچنین هزینه‌های درمان و بازپروری معتادان، وقت و مبالغ هنگفتی را به نظام درمان تحمیل می‌کند؛ به‌صورتی‌که هزینه‌ها موجب شده است این خدمات از بخش دولتی به‌طور درخورتوجهی کاهش یابد و به بخش خصوصی واگذار شود. باتوجه به پیامدهای فراوان سوءمصرف مواد مخدر مانند افزایش اضطراب و کاهش کیفیت زندگی به‌عنوان علت و نیز معلول این اختلال و با نظر به پیچیدگی متغیرهای روانی تحقیق حاضر مانند اضطراب و کیفیت زندگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تأثیر متقابل این متغیرها بر یکدیگر، پژوهشی مشابه با تحقیق حاضر با جمعیت هدف معتادان به مادهٔ مخدر تریاک و درحال ترک با داروی نگهدارندهٔ متادون و متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی، مشاهده نشد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر اضطراب و کیفیت زندگی معتادان درحال ترک با متادون در شهر اهواز انجام گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را مردانی تشکیل دادند که در

1. Addiction
2. Anxiety
3. Depression
4. Incompatible schemas
5. Drug abuse
6. Quality of life
7. Methadone preservative
8. Schema Therapy
9. Cognitions

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

پاییز ۱۳۹۹ برای درمان سوءمصرف مواد به کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهر اهواز مراجعه کردند. ازطریق نمونه‌گیری دردسترس یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب شد. سپس با نمونه‌گیری تصادفی چهل نفر از افراد تحت درمان با متادون دارای ملاک‌های ورود و خروج، براساس گمارش تصادفی در دو گروه بیست‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: جنسیت مرد؛ دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ شرکت‌نکردن در سایر درمان‌های روان‌شناختی؛ نداشتن بیماری بارز جسمی و روانی با استفاده از مصاحبهٔ اولیه؛ مصرف‌نکردن حداقل یک سال تریاک و استفاده‌نکردن از سایر مواد مخدر. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل همکاری‌نکردن در هریک از مراحل تحقیق و حضورنداشتن در جلسات آموزشی بود. برای پژوهش‌هایی از نوع آزمایشی و علّی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۱۷). از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. بعد از انجام پیش‌آزمون طرح‌واره‌درمانی گروهی برای گروه آزمایش در دوازده جلسهٔ هفتگی و هر جلسه به‌مدت ۹۵ دقیقه اجرا شد. گروه گواه طبق کار مرکز ترک اعتیاد، به درمان نگهدارنده با متادون و بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی ادامه داد. پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع تحقیق، داوطلبانه و اختیاری‌بودن شرکت افراد در هریک از مراحل پژوهش، تعیین وقت جلسات آموزشی با همکاری کامل افراد و محرمانه نگهداشتن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسه	شرح جلسه	تکلیف خانگی جلسه
اول	مرحلهٔ تشخیص طرح‌واره‌ها، معارفه، تعیین قوانین گروه و انجام توافقات، انجام پرسش‌نامهٔ شخصی طرح‌واره‌ها، انجام تحلیل شخصی باتوجه به مشکلات اعتیاد، انجام پیش‌آزمون اضطراب و کیفیت زندگی	خواندن جزوهٔ کوچک درخصوص عملکرد طرح‌واره‌ها
دوم	مفهوم‌سازی مشکل، تحلیل مدل ذهنیت طرح‌واره‌های یانگ برای بیماران، تحلیل ارتباط میان مشکلات شخصیتی و اعتیاد، کار روی ذهنیت طرح‌واره‌ها	فهرست‌کردن مشکلات ناشی‌از اعتیاد
سوم	برنامهٔ مراقبت اعتیاد، بررسی عوامل رفتاری‌شناختی قبل و ضمن و بعد از اعتیاد، بررسی ذهنیت طرح‌واره‌ها و نقش آن‌ها در سوءمصرف، اطلاعات دربارهٔ نوع مواد مصرفی و طرح مقابله با آن، روش مقابله با هوس و آموزش رفتارهای جایگزین	نگارش یک نامه درخصوص حالات شخصی قبل و حین و بعد اعتیاد و مقایسهٔ حالات
چهارم	آغاز طرح‌واره‌درمانی با تمرکز روی مواد، ساخت اتحاد درمانی، بازوالدینی محدود، آموزش طرح‌واره‌درمانی، آموزش تکنیک خودکنترلی شناختی، تعهدات رفتاری درخصوص هوس	نگارش انتظارات از درمان و اعلام ساعات افزایش هوس مصرف
پنجم	به‌کاربردن تکنیک‌های تجربی، تصویرسازی ذهنی، تغییرات تصویرهای ذهنی مرتبط با سوءمصرف مواد	کار روی تصاویر ساخته‌شده در جلسه
ششم	ادامهٔ کار روی تصویرسازی ذهنی، تلاش برای تغییر تصاویر ذهنی برانگیزاننده به‌سمت مواد مخدر	تمرین تصویرسازی و تلاش برای تغییر تصاویر
هفتم	کار روی تغییر تصاویر ذهنی مواد مخدر، آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی	ادامهٔ کار روی تصویرسازی و اعلام حالات ایجادشده برای نگارش کارت‌های آموزشی کامل‌تر
هشتم	کار روی تکنیک صندلی، تغییرات مدل شخصیتی با تکنیک صندلی، کار روی ایفای نقش	مرور ذهنی تکنیک صندلی در خانه
نهم	ادامهٔ کار روی تکنیک صندلی خالی، تکنیک دوصندلی، ادامهٔ کار روی ایفای نقش	مرور ذهنی تکنیک صندلی و ادامهٔ آن با تصور نقشی جدید
دهم	انجام مصاحبهٔ انگیزشی، هدف‌گذاری، ترک کامل یا کنترل‌شده، کار روی تکنیک مدیریت خطر برای جلوگیری از بازگشت، کار روی بازتوانی	نگارش عوامل مهم در بازگشت و تفکر درخصوص جایگزین‌ها
یازدهم	کار روی هنردرمانی برای رفتار جایگزین، درمان‌های روانی‌حرکتی، کار روی اختلالات هم‌زمان با اعتیاد مانند اضطراب	پیاده‌روی و مطالعهٔ محدود و گرفتن ارتباط با یکدیگر برای ادامهٔ فرایند جایگزینی
دوازدهم	جمع‌بندی مطالب، بررسی نتایج کار روی طرح‌واره‌ها، کار روی خطر بازگشت، تحلیل خطرات بازگشت، انجام پس‌آزمون، نتیجه‌گیری	نگارش متن ساده درخصوص خطرات بازگشت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

ـ فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1]: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد (۱۸). پرسش‌نامه ۲۶ سؤال دارد و دارای چهار مؤلفهٔ سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی است. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً=۵، تاحد زیاد=۴، درحد متوسط=۳، درحد کم=۲، اصلاً راضی نیستم=۱) است. نمرهٔ کمتر در پرسش‌نامه نشانهٔ کیفیت ضعیف زندگی و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت خوب زندگی است (۱۸). اسکوبتگتون و همکاران در گزارشی ازطرف گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، روایی نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه را در بین گروه‌های نمونه‌ای از ۲۳ کشور، بیشتر از ۰/۷۰ به‌دست آوردند و روایی آن را تأیید کردند (به‌نقل از ۱۹). نجات و همکاران روایی پرسش‌نامه را در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از روش رگرسیون خطی ارزیابی کردند که در مؤلفه‌های مختلف اختلاف معناداری در سطح ۰/۰۵ بین گروه سالم و گروه بیمار وجود داشت. همچنین مقادیر آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های مختلف پرسش‌نامه به‌تفکیک دو گروه سالم و بیمار به‌ترتیب برای سلامت جسمانی (۰/۷۰ و ۰/۷۲)، سلامت روان‌شناختی (۰/۷۳ و ۰/۷۰)، روابط اجتماعی (۰/۵۵ و ۰/۵۲)، سلامت محیطی (۰/۸۴ و ۰/۷۲) و ضریب پایایی روش بازآزمایی پس از دو هفته، ۰/۷۰ به‌دست آمد (۲۰).

ـ پرسش‌نامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب[2]: این پرسش‌نامه توسط کوکسال و پاور در سال ۱۹۹۰ طراحی شد (۲۱). پرسش‌نامه دارای شصت سؤال و چهار مؤلفه (پانزده‌سؤالی) شامل اضطراب احساسی، اضطراب شناختی، اضطراب رفتاری و اضطراب جسمانی است. آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ بود. روایی تشخیصی آن نیز برای مقایسهٔ بیماران اضطرابی و غیربیماران به‌دست آمد و روایی همگرایی آن براساس ارتباط پرسش‌نامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب با پرسش‌نامه‌های اضطرابی دیگر چون پرسش‌نامهٔ اضطراب حالت ـ صفت اشپیلبرگر[3] به‌تأیید رسید. نحوهٔ پاسخ‌دهی به پرسش‌نامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب به‌صورت بلی=۱ یا خیر=صفر است. امتیاز هر مؤلفه براساس مجموع امتیازهای پانزده ماده به‌دست می‌آید و نمرهٔ کل پرسش‌نامه از مجموع امتیازهای چهار مؤلفه تشکیل می‌شود (۲۱). ماردپور و همکاران روایی این پرسش‌نامه را با قابلیت تفکیک گروه‌های سالم و بیمار ارزیابی کردند و در تمام مؤلفه‌ها اختلاف معناداری بین این دو گروه مشاهده شد. همچنین در این پرسش‌نامه مقادیر آلفای کرونباخ در مؤلفهٔ اضطراب احساسی ۷۷درصد، مؤلفهٔ اضطراب شناختی ۸۳درصد، مؤلفهٔ اضطراب رفتاری ۷۱درصد، مؤلفهٔ اضطراب جسمانی ۶۰درصد و کل اضطراب ۸۹درصد بود که نتایج مقبولی است (۲۲).

ـ پروتکل طرح‌واره‌درمانی براساس مدل طرح‌واره‌درمانی یانگ و با کمک پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۱۰) تهیه شد. روایی محتوای این برنامهٔ آموزشی به‌تأیید سه نفر از متخصصان مشاورهٔ دانشگاه شهید چمران اهواز با مدرک دکتری تخصصی مشاوره و سابقهٔ کار حداقل پانزده سال در مراکز مشاوره، رسید. خلاصهٔ جلسات طرح‌واره‌درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

در تحقیق حاضر تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری با رعایت پیش‌فرض‌های آن در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، ۲۸/۶۴ (۲/۸۴) سال و در گروه گواه، ۲۹/۱۲ (۴/۶۴) سال بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی مشاهده می‌شود که نشان‌دهندهٔ کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب	آزمایش	میانگین	۱۹۱/۹۳	۱۳۴/۶۶
		انحراف معیار	۱/۸۴	۲/۶۷
	گواه	میانگین	۱۹۲/۳۳	۱۸۹/۴۱
		انحراف معیار	۳/۸۹	۵/۹۰
کیفیت زندگی	آزمایش	میانگین	۵۶/۹۵	۸۱/۲۶
		انحراف معیار	۱/۰۶	۱/۵۴
	گواه	میانگین	۵۶/۸۶	۵۹/۴۶
		انحراف معیار	۴/۹۹	۵/۵۲

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب نشان‌دهندهٔ نرمال‌بودن توزیع دو متغیر مذکور بود (p>۰/۰۵). برای محاسبهٔ همسانی واریانس‌ها، آزمون لون به‌کار رفت. نتایج بیانگر همسانی واریانس‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی (F=۰/۱۸۵، p=۰/۷۵) و اضطراب (F=۰/۱۵۷، p=۰/۶۹۴) بود.

[1]. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire
[2]. Four-System Anxiety Questionnaire (FSAQ)
[3]. Spilberger State Trait Anxiety Inventory (STAI-I)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

همچنین آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ ازاین‌رو شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس به‌درستی رعایت شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مشخص کرد، طرح‌واره‌درمانی حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب در گروه آزمایش اثر معناداری داشت ($p\leq۰/۰۱$). ضریب اتا ۰/۹۱ به‌دست آمد. برای مشخص‌شدن اینکه تفاوت مشاهده‌شده در کدام‌یک از متغیرها معنادار بود، به اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تحلیل هر متغیر به‌طور جداگانه پرداخته شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	F	مقدار p	ضریب اتا
کیفیت زندگی	۴۲۸/۴۷	≤۰/۰۰۱	۰/۹۰
اضطراب	۸۴/۲۸	≤۰/۰۰۱	۰/۹۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون‌ها، تفاوت پس‌آزمون‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب معنادار بود ($p\leq۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی در افراد ترک‌کنندهٔ مواد مخدر باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب شده است؛ به‌بیان دقیق‌تر، طرح‌واره‌درمانی (متغیر مستقل)، ۹۰درصد در افزایش کیفیت زندگی و ۹۲درصد در کاهش اضطراب نقش داشته است.

۴ بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی معتادان درحال ترک با متادون در شهر اهواز بود. نتایج پژوهش نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی افراد ترک‌کنندهٔ مواد مخدر پس از دوازده جلسه مداخله تأثیر داشت. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعهٔ محققی و خرقانی دربارهٔ تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب (۹) همسوست. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق قندهاری و دهقانی درخصوص تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اشتیاق به مصرف و کاهش دُز مصرف متادون (۸) همسوست. در خارج از کشور باتوجه به نوع متفاوت مواد مصرفی نتایج مشابه یافت نشد؛ اما پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات بال و یانگ (۱۵) و شوری و همکاران (۱۶) درخصوص تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر سوءمصرف و عادات اعتیادی همسوست.

در تبیین تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب می‌توان گفت، اضطراب زمانی ایجاد می‌شود که سطوحی از هیجان پس از فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه منتشر شود. فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌صورت مستقیم، اختلال ایجاد نمی‌کند؛ اما به‌صورت غیرمستقیم و با افزایش آسیب‌پذیری، خطر ایجاد اختلالات را افزایش می‌دهد. اعتیاد از عوامل فعال‌شدن انواع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (۱۳). اختلالات پیچیدهٔ خُلقی مانند اضطراب در افراد وابسته به مواد مخدر شدت بیشتری دارد. فرد برای دوری‌جستن از اختلالات و این اثرات خُلقی به‌سمت رفتارهای ناسازگارانه و تحریف‌های شناختی و الگوهای خودآسیب‌رسان کشیده می‌شود (مصرف تفننی مواد) و به‌طور موقت آرامش و کاهش اضطراب را به‌دنبال دارد. این آرامش و رهایی از اضطراب سبب تکرار بیشتر مصرف مواد می‌شود و رفته‌رفته به الگوی رفتاری تبدیل خواهد شد (۹). به‌منظور رفع این حالت به‌نوعی الگوشکنی رفتاری نیاز است و اضطراب با استفاده از تکنیک‌های شناختی (کارت‌های آموزشی) و فنون تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و فن صندلی هدف قرار می‌گیرد (۲۳). در تکنیک‌های تجربی، تصویرسازی، فنی برای ایجاد پل ارتباطی بین طرح‌واره‌های فعلی با تجارب گذشته است. این فن ابزاری است که طرح‌واره‌ها را فرا می‌خواند و در آن‌ها تغییرات ایجاد می‌کند (۲۴). در این فن بیمار آگاه می‌شود که موقعیتی که در آن پرورش یافته است، مشکل دارد و شخص و بیمار از نیازهای ارضانشدهٔ خود آگاهی پیدا می‌کنند و می‌دانند اگرچه قادر نیستند در گذشته تغییری ایجاد کنند، می‌توانند پیامدهای ناشی‌از آن را تغییر دهند (۲۵). این تکلیف در مکانی امن آغاز می‌شود و در مرحلهٔ بعد بیمار به بازسازی تصویر خاطرهٔ ناخوشایند اقدام می‌کند. در این مرحله درمانگر وارد تصویر می‌شود و نقش بزرگسال منطقی را ایفا می‌کند و به حمایت می‌پردازد. در مرحلهٔ بعد، بیمار خود به‌صورت مستقل و بدون دخالت درمانگر اقدام به خلق تصویر می‌کند که با این فن احساس توانمندی و ایجاد تغییر در بیمار به‌وجود می‌آید (۲۴). با احساس حمایت درمانگر، اضطراب بیمار کم می‌شود و با اجرای مستقل مجدد تصویرسازی ذهنی، بیمار به این اعتمادبه‌نفس می‌رسد که می‌تواند تصاویر امن را به‌صورت مستقل اجرا کند و از این راه اضطراب بیمار به‌طور محسوسی کاهش می‌یابد. با ربط‌دادن تصویر گذشته با حال، بیمار می‌آموزد که چگونه می‌تواند پلی بین خاطرات گذشته و حال ایجاد کند و در زمان حال به آرامش دست یابد (۲۳). تکنیک‌های شناختی و کارت‌های آموزشی، خلاصه‌ای از پاسخ‌های درست و سالم بیمار به موقعیت‌های فعال‌ساز طرح‌واره‌های ناسازگار است. باتوجه به اینکه اضطراب حاصل هیجانات ناشی‌از فعال‌شدن طرح‌واره‌ها است (۲۶)، این کارت‌ها با پاسخ‌های درست مانع از ایجاد موقعیت‌هایی برای فعال‌شدن طرح‌واره‌ها می‌شوند (۲۵). همچنین درخصوص تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر افزایش کیفیت زندگی گفته می‌شود، اعتیاد به مواد مخدر از آسیب‌هایی است که تأثیر بسیار مهمی بر رابطهٔ فرد معتاد با خود و دیگران دارد و معمولاً برهمین اساس، روابط ناکارآمد شکل می‌گیرد و سازمان می‌یابد (۲۷). ازآنجاکه توقف سوءمصرف مواد مخدر و پایان‌دادن به روابط با همسالان معتاد به‌شدت اضطراب‌آور و استرس‌زا است و به منابع و روابط حمایتی جدید نیاز دارد (۱۳)، نبود روابط اجتماعی مفید و مؤثر و نیز فاصله‌گرفتن از محیط مصرف و مشکلات ناشی‌از ایجاد خلأ هیجانی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود (۲۸).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی بر دو راهبر استوار است که از آن‌ها به‌عنوان قلب طرح‌واره‌درمانی یاد می‌شود: بازوالدینی با حدومرز و رؤیاپردازی و تصویرسازی ذهنی (۱۰). رابطهٔ عاطفی و بادوام کودک و والد نقش مهمی در سلامت و شرایط روانی دارد. این رابطه در افراد وابسته به مواد درست انجام نشده و احساس نزدیکی و همدلی با یک مراقب که پناه امن روانی باشد، در فرایند تحول نبوده است و طرح‌واره‌درمانی این مهم را مدنظر قرار می‌دهد (۹). در طرح‌واره‌درمانی با استفاده از تصویرسازی ذهنی و در مرحلهٔ اول ساخت تصویر، درمانگر وارد تصویر می‌شود و به‌عنوان یک بزرگسال سالم و منطقی نقش حمایتی از بیمار را اجرا می‌کند. بیمار در این مرحله درمانگر را حامی خود احساس می‌کند که این حمایت، ایجاد امنیت در تصاویر مخاطره‌انگیز را در پی دارد (۲۵). این نقش حمایتی موجب جایگزینی نقش حمایتی همسالان معتاد می‌شود.

درخصوص قطع روابط با همسالان معتاد نیز با استفاده از فنون بین‌فردی مانند ایجاد رابطه‌درمانی که در طرح‌واره‌درمانی مانند سایر رویکردها گام مهم درمانی محسوب می‌شود (۲۹)، رابطه‌درمانی بستر مناسبی است که درمانگر می‌تواند مداخلات درمانی را بر آن بنا نهد. رابطه‌درمانی فرصتی برای فعال‌شدن طرح‌واره‌ها است؛ به‌این‌ترتیب راه برای شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار هموار می‌شود. در رابطه‌درمانی نیازهای ارضانشده نیز آشکار می‌گردد و می‌توان با تصویرسازی ذهنی به درمان آن پرداخت (۲۵).

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود، طرح‌واره‌درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب معتادان در حال ترک با متادون در شهر اهواز می‌شود؛ بنابراین از این درمان می‌توان در مراکز ترک اعتیاد استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر و مراکز ترک اعتیاد اهواز، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری با کد پیگیری ۱۶۲۲۹۳۰۴۳، در سامانهٔ پژوهشیار پایان‌نامه‌های دانشگاه آزاد برای دکتری رشتهٔ مشاوره ثبت شده است. تمامی ملاحظات اخلاقی مانند دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع تحقیق، داوطلبانه و اختیاری‌بودن شرکت افراد در هریک از مراحل پژوهش، تعیین وقت جلسات آموزشی با همکاری کامل افراد و محرمانه نگهداشتن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها رعایت شد.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند درصورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

این تحقیق بدون کمک هیچ سازمانی و با منابع مالی نویسندگان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان مقاله نقش یکسانی در طراحی و اجرای تحقیق داشتند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Najavits LM, Hyman SM, Ruglass LM, Hien DA, Read JP. Substance use disorder and trauma. In: APA handbook of trauma psychology: foundations in knowledge, Vol 1. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2017. pp: 195–213. https://doi.org/10.1037/0000019-012
3. Jupp B, Dalley JW. Behavioral endophenotypes of drug addiction: etiological insights from neuroimaging studies. Neuropharmacology. 2014;76 Pt B:487–97. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.05.041
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2007.
5. Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. Drug Alcohol Rev. 2017;36(3):317–24. https://doi.org/10.1111/dar.12419
6. McKay JR. Lessons learned from psychotherapy research. Alcohol: Clinical and Experimental Research. 2007;31(s3):48s–54s. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00493.x
7. Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA, Glaser FB. Changing addictive behavior: bridging clinical and public health strategies. New York: Guilford Publications; 1999.
8. Ghandehari A, Dehghani A. Effectiveness of group schema therapy in metacognitive beliefs and methadone dose reduction in men under methadone treatment. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2018;11(44):169–86. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1562-en.pdf
9. Mohagheghi H, Kharghani P. The effect of schema therapy on anxiety, depression, and early maladaptive schemas in individuals with substance use disorder. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2021;15(60):299–324. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.60.299
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. 1st ed. New York: Guilford Press; 2006.
11. Graaf P, Holt RA, Loose C, Zarbock G. Schema therapy with children and adolescents: a practitioner's guide. Pavilion Publishing and Media Ltd; 2020.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

12. van Dijk SDM, Veenstra MS, Bouman R, Peekel J, Veenstra DH, van Dalen PJ, et al. Group schema–focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. BMC Psychiatry. 2019;19(1):26. https://doi.org/10.1186/s12888-018-2004-4
13. Purmohammad V, Yaghoubi H, Yousefi R, Mohammadzadeh A, Najafi M. The comparison of maladaptive schema and lifestyles in drug dependence and non–drug dependence people. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2013;7(27):107–24. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-229-en.pdf
14. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 1999.
15. Ball SA, Young JE. Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. Cognitive and Behavioral Practice. 2000;7(3):270–81. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8
16. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S, Strong DR. Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. J Clin Psychol. 2013;69(9):912–22. https://doi.org/10.1002/jclp.21968
17. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2019.
18. World Health Organization. WHOQOL–BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996 [Internet]. World Health Organization, Division of Mental Health; 1996. Report No.: WHOQOL–BREF. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529
19. Mohtadijafari S, Ashayeri H, Banisi P. The effectiveness of schema therapy techniques in mental health and quality of life of women with premenstrual dysphoric disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(3):278–91. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.278
20. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf
21. Koksal F, Power KG. Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): a self–report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. J Pers Assess. 1990;54(3–4):534–45. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674018
22. Maredpour AR, Shaeeiri MR, Kafi M. The study of psychometric properties, the Four System Anxiety Questionnaire (FSAQ). Clinical Psychology and Personality. 2010;8(2):11–20. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2637_6c5fd129393165acae940811704b2c62.pdf
23. Arntz A, Jacob G. Schema therapy in practice: an introductory guide to the schema mode approach. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: John Wiley & Sons Inc; 2013.
24. Farrell JM, Shaw IA. Experiencing schema therapy from the inside out: a self-practice/self–reflection workbook for therapists. New York: Guilford Press; 2018.
25. Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. The schema therapy clinician's guide: a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. https://doi.org/10.1002/9781118510018
26. Heath G. Creative methods in schema therapy: advances and innovation in clinical practice. London ; New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2020.
27. Oraki M, Dortaj A, Mahdizadeh A. Effectiveness of schema therapy in early maladaptive schemas and insecure attachment styles in heroin dependent people. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2018;12(46):37–54. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1672-en.pdf
28. Ekhtiari H, Norouzi A, Daneshmand R, Maarefvand M, Jourghanian P, Farhoudian A, et al. Inpatient services in addiction treatment: a review on evidences. Tehran: Mehrsa Pub; 2010, pp: 11–100. [Persian]
29. Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: a preliminary investigation. Addict Disord Their Treat. 2011;10(4):169–79. https://doi.org/10.1097/adt.0b013e318214cd11

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]