رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۰، شماره پیاپی ۱۰۳، دی ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(10), 2025

اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد

The effectiveness of schema therapy on the tolerance of ambiguity and difficulty in regulating the emotions of drug addicts

کبرا اقدام پناه فومنی
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
لیلا مقتدر (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
سامره اسدی مجره
استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
بهمن اکبری
استاد گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از این بین ۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دوگروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تحمل ابهام (ATQ) مک‌لین (۲۰۰۹) و دشواری در تنظیم هیجان (DERS) گراتز و رومر (۲۰۰۴) بود. طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و طرحواره درمانی باعث افزایش تحمل ابهام ($p <$ ۰/۰۵) و کاهش دشواری در تنظیم هیجان ($p <$ ۰/۰۵) در افراد وابسته به مواد شد. همچنین دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود ($p <$ ۰/۰۵). با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین اعتیاد می‌توانند با استفاده از طرحواره درمانی بر افزایش تحمل ابهام و کاهش دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد تاکید کنند.

واژه‌های کلیدی: *تحمل ابهام، دشواری در تنظیم هیجان، طرحواره درمانی، وابستگی به مواد.*

Kobra Eghdampanah Foumani
PhD Student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Leila Moghtader *
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
moghtaderleila@yahoo.com
Samereh Asadi mojreh
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Bahman Akbari
Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on the tolerance of ambiguity and difficulty in regulating the emotions of drug addicts. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included substance-dependent patients who were referred to addiction treatment centers in Tehran in 1402. Among these, 34 people were selected by the available sampling method and were randomly divided into experimental (17 people) and control (17 people) groups. Research tools included the Ambiguity Tolerance Questionnaire (ATQ) by McLean (2009) and Difficulty in Emotion Regulation (DERS) by Gratz and Roemer (2004). Schema therapy was performed on the experimental group in 10 sessions of 90 minutes with the frequency of one session per week. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference between the two groups and schema therapy increased the tolerance of ambiguity ($p<0.05$) and reduced the difficulty in emotion regulation ($p<0.05$) in substance-dependent people. It also had a lasting effect in the follow-up period ($p>0.05$). According to the obtained results, addiction specialists can use schema therapy to emphasize increasing the tolerance of ambiguity and reducing the difficulty in regulating the emotions of drug addicts.

Keywords: *Ambiguity Tolerance, Difficulty in Emotion Regulation, Schema Therapy, Drug Addicts.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۳ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** دی ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

وابستگی به مواد[1] از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود و یکی از مشکلات جدی جوامع امروز است (گریفین[2] و همکاران، ۲۰۲۳). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به‌عنوان اختلالات اعتیادی نام برده شده است و شامل علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی همراه با الگویی از تکرار مصرف است (انجمن روان‌پزشکی امریکا[3]، ۲۰۲۲). اخیرا مطالعات، اعتیاد را یک مدل زیستی، روانی و اجتماعی و یک مشکل چندوجهی دانسته که به متخصصین حوزه‌های مختلف برای پیشگیری و درمان نیاز دارد (کریستینا و رونتورابی[4]، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها تاکید بر عوامل خطرساز، اهداف و مداخلات درمانی مؤثر جهت درک بهتر این اختلال دارند (چن[5] و همکاران، ۲۰۲۰).

مرور مطالعات نشان می‌دهد یکی از سازه‌های مؤثر در پیشگیری از آسیب‌های روانی و بروز یا تشدید سوءمصرف مواد تحمل ابهام[6] می‌باشد (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰؛ آفتاب و شمس، ۱۳۹۹). به طوری که عدم تحمل ابهام به‌عنوان عاملی مهم در پیش‌بینی تمایل افراد به مصرف مواد عمل می‌کند و توجه به آن می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری رفتارهای اعتیادی داشته باشد (هلنیاک[7] و همکاران، ۲۰۲۱). این شاخص تحت عنوان گرایش شخص به ابراز واکنش منفی به شرایط و وقایع مبهم و غیرقابل پیش‌بینی، جدا از احتمال بروز رویداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است و از آنجایی که عدم تحمل ابهام در گرایش افراد به مصرف مواد به‌عنوان رخدادی انگیزشی عمل می‌کند، افزایش سطح تحمل ابهام در افراد جزء شاخص‌های اصلی پیشگیری تلقی می‌گردد (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰) و به نظر می‌رسد افرادی که تحمل ابهام پایینی دارند تحت اضطراب شدید بیشتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر و مصرف مواد روی بیاورند و همچنین پس از اقدام به ترک رفتار پرخطر نیز به منظور اجتناب از ناراحتی، احتمال بازگشت به مصرف در آن‌ها بیشتر است (هوگارت[8]، ۲۰۲۰).

از طرفی، بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که در افراد وابسته به مواد تحمل ابهام با راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان رابطه مثبت و معنادار و با راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان رابطه منفی و معنادار دارد و دشواری در تنظیم هیجان[9] از جمله سازه‌های روان‌شناختی می‌باشد که در آسیب‌پذیری روانی با گرایش به مصرف مواد نقش بارزی دارد (پائولوس[10] و همکاران، ۲۰۲۱). کلارک [11] و همکاران (۲۰۲۰) نیز در همین رابطه نشان دادند که گرایش به مصرف مواد ناشی از دشواری در تنظیم هیجان و ناتوانی در مقابلهٔ مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها به ویژه در شروع مصرف است. افراد با تحمل ابهام پایین در تلاش برای مقابله با هیجانات منفی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با گرایش به مصرف مواد و دیگر رفتارهای غیربهداشتی درصدد تسکین نارسایی‌های هیجانی خود بر می‌آیند (اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). براین اساس دشواری در تنظیم هیجان با شاخصه‌های وجود بی‌ثباتی هیجانی، واکنش‌پذیری عاطفی، تحریک‌پذیری و فقدان خودتنظیمی تعریف می‌شود (چیانی و همکاران، ۱۴۰۰). در تعریفی دیگر گراتز و رومر[12] (۲۰۰۴) دشواری در تنظیم هیجان را به‌عنوان مشکل افراد در آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها، کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار مطابق با اهداف موردنظر به هنگام تجربهٔ هیجان‌های منفی و استفادهٔ انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان برای مواجهه با الزامات موقعیت تعریف کرده‌اند. توانایی تنظیم هیجان، منجر به حفظ خلق و راهکارهای بهبود آن می‌شود. افرادی که توانایی تنظیم هیجانات خود را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند (وردیجو-گارسیا[13] و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین می‌توان گفت عدم توانایی مدیریت هیجان‌ها و دشواری در تنظیم هیجان در گرایش افراد به سمت مصرف مواد نقش داشته باشد (قنبری‌زرندی و همکاران، ۱۳۹۹).

1. Drug addicts.
2. Griffin
3. American psychiatric association
4. Christiana & Runturambi
5 .Chen
6. Tolerance of ambiguity
7. Heleniak
8. Hogarth
9. Difficulty in regulating emotion
10. Paulus
11. Clarke
12 Gratz & Roemer
13 Verdejo- Garcia

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

امروزه با وجود شیوع نسبتاً بالای مصرف مواد، درمانگران نیازمند ارزیابی تأثیرات روش‌های درمانی جدید هستند. از دیگر سو با توجه به اینکه بسیاری از درمان‌های موجود پرهزینه و زمان بر هستند و نتایج متناقضی را از نظر میزان اثربخشی داشته‌اند، نیاز به درمان‌های کم هزینه‌تر و کارآمدتر احساس می‌شود (مرادیان و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی، در زمینهٔ آسیب‌های مختلف روان‌شناختی یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرد، طرحواره درمانی[1] است (محققی و خرقانی، ۱۴۰۰). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم رویکرد شناختی-رفتاری ساخته شده است و بر اساس رویکردهای شناختی، دلبستگی، روابط موضوعی، گشتالت و روانکاوی را در قالب یک رویکرد درمانی ترکیب کرده است. بر اساس نظریه طرحواره‌ای یانگ، طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند که مهم‌ترین طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را تشخیص دهند و وقتی این طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند در طول زندگی روزمره خود به شیوه‌ای سازگارانه و انطباقی به آن‌ها پاسخ بدهند (ون دیجک[2] و همکاران، ۲۰۱۹). یانگ[3] و همکاران (۲۰۰۶) بر این باورند که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دلبستگی ایمن به دیگران مانند نیاز به امنیت، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری در دوران کودکی به‌وجود آمده‌اند و معنا و ساختاری که فرد به دنیا می‌دهد را ایجاد می‌کنند. هدف اولیهٔ این رویکرد ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله است (رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۴۰۰) و تأکید دارد که ممکن است افراد در شروع مشکلات خود نقش چندانی نداشته باشند، اما در تداوم مشکلات خود حتماً نقش دارند. به همین دلیل طرحواره درمانی سعی دارد برای درد و رنجی که افراد در اثر زندگی گذشته متحمل شده‌اند، همدلی در پیش گیرد؛ اما برای تغییر مشکلات فعلی منفعل نمی‌باشد و از طریق کاهش آسیب‌پذیری سعی دارد دامنهٔ اثرگذاری طرحواره‌های ناسازگار را کاهش دهد (وان‌ورسویجک[4] و همکاران، ۲۰۱۴). این رویکرد وابستگی به موادمخدر را به‌عنوان یک اختلال اولیه شناسایی می‌کند و فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب ناسازگار را عوامل مهم وابستگی به مواد در میان افراد می‌داند و فرض می‌کند که استفاده از موادمخدر می‌تواند رفتاری ناشی از ابراز مستقیم فعالیت طرحواره‌های استحقاق و خویشتن‌داری ناکافی یا فعالیت طرحواره‌های ایثار، پذیرش‌جویی و اطاعت باشد (بهرام‌آبادیان و همکاران، ۱۴۰۰). برآیندهای پژوهشی حاکی از تأثیر مثبت طرحواره درمانی بر بی‌نظمی هیجانی در مبتلایان به اختلالات شخصیت و سوءمصرف‌کنندگان مواد (دادوموه[5] و همکاران، ۲۰۱۸؛ حاجیپور و همکاران، ۱۳۹۹)، رضایت از زندگی و بهبود عواطف مثبت و منفی مردان مصرف‌کننده مواد (مرادیان و همکاران، ۱۴۰۰) و کاهش طرحواره‌های ناکارآمد و علائم خلقی و اضطرابی مصرف‌کنندگان مواد بوده است (محققی و خرقانی، ۱۴۰۰).

اعتیاد به مواد یک بیماری مزمن است که با اختلالات در عملکرد فردی، فیزیولوژیکی و اجتماعی همراه است. اعتیاد می‌تواند منجر به مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی، مشکلات در روابط اجتماعی و کیفیت زندگی پایین در افراد شود. آسیب‌های اعتیاد شامل اختلالات روانی و جسمانی، احساس عجز و ناامیدی، تنهایی و پیشمانی در سطح فردی و مشکلات خانوادگی و اجتماعی در سطح خانوادگی و اجتماعی می‌باشد. برای کاهش این مشکلات، ارائه مداخلات روانی اهمیت دارد و برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه برای کاهش گرایشات اعتیادی ضروری است. همچنین بررسی نقش هیجانات و بهبود در تحمل ابهام در مصرف مواد و ارائه درمان‌های روانشناختی می‌تواند به درک بهتر از اعتیاد کمک کند و برای جوامع مختلف مفید باشد. بنابراین این مطالعه در جهت تعیین اثربخشی درمان طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیهٔ مردان ۲۵ تا ۴۵ ساله مصرف‌کنندهٔ مواد مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۲۰۹ نفر بود. از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۴ نفر که نمره پایین‌تر در تحمل ابهام و بالاتر در دشواری در تنظیم هیجان گرفتند انتخاب و این

1 Schema therapy
2 Van Dijik
3 Yang
4 Van Vreeswijik
5 Dadomo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

تعداد به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۷ نفره طرحواره درمانی و کنترل قرار گرفتند. از آنجایی که در پژوهش‌های آزمایشی حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۸)، در این پژوهش با توجه به احتمال ریزش افراد در گروه ها، حجم هر گروه ۱۷ نفر انتخاب شد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از؛ سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، کسب نمره بالاتر از میانگین (۹۰) در دشواری در تنظیم هیجان، نمره پایین‌تر در تحمل ابهام (با خط برش ۳۹) و حداقل ۱ سال از وابستگی فرد به مواد مخدر گذشته باشد. ملاک خروج از پژوهش، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان در زمان اجرای پژوهش، عدم انجام تکالیف محوله و بی‌میلی به ادامه درمان، عدم تکمیل صحیح ابزار مطالعه غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود. در این پژوهش نکات اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه، حق خروج از پژوهش بدون تبعات مالی و درمانی و حق آگاهی از نتایج رعایت شد. در نهایت داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار۲۶-spss تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تحمل ابهام[1] (ATQ): این پرسشنامه توسط مک‌لین (۲۰۰۹) طراحی شد و در برگیرنده ۱۳ سوال است که نمره کل پرسشنامه با توجه به جمع تمامی نمرات سئوالات بدست می‌آید. طریقه پاسخگویی به ۱۳ سئوال پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ایی است که به گزینه کاملاً مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، موافقم ۴ نمره و کاملاً موافقم ۵ نمره تعلق می‌گیرد. برخی از سئوالات از قبیل سئوال ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱ و ۱۲ به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شود. یعنی به گزینه کاملاً مخالفم ۵ نمره و به گزینه کاملاً موافقم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. حداقل نمره و حداکثر نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۱۳ و ۶۵ بوده و خط برش آن نیز ۳۹ است. مک‌لین پایایی پرسشنامه تحمل ابهام را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و همبستگی آن را با پرسشنامه عدم تحمل ابهام بدنر برابر با ۰/۹۰ و پرسشنامه تحمل ابهام مک دونالد برابر با ۰/۴۱ و روایی آن را ۰/۵۹ گزارش کرد (مک‌لین، ۲۰۰۹). در داخل کشور فیضی و همکاران (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازه آن را ۰/۴۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی کل ابزار ۰/۸۲ بدست آمد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[2] (DERS): این مقیاس توسط گراتز و رومر[3] (۲۰۰۴) ساخته شده و برای ارزیابی دشواری موجود در تنظیم هیجانی جامع‌تر از ابزارهای موجود است که در برگیرندۀ ۳۶ سؤال و ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (با سئوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری در کنترل تکانه (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) و عدم وضوح هیجانی (۱، ۴، ۵، ۷، ۹) است. طریقۀ پاسخ‌گویی به سئوالات این ابزار به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز= ۱ نمره تا تقریبا همیشه= ۵ نمره می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهندۀ دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. حداقل نمره ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ می‌باشد. برخی از سئوالات از قبیل سئوال ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. نتایج مربوط به پایایی نشان می‌دهد که این پرسشنامه دارای همسانی درونی مطلوب برابر با ۰/۹۳ است و در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین مطلوب ابزار است (۰/۶۹ تا ۰/۱۶= r) ((گراتز و رومر، ۲۰۰۴). هنجاریابی پرسشنامه در داخل ایران بر روی نمونه‌های بالینی و غیربالینی برای زیرمقیاس‌ها با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است و روایی همگرا و تشخیصی آن در دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۵۳ مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۹۷). در دیگر پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای هر یک از زیرمقیاس ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۶ بدست آمده که نشان‌دهندۀ پایایی قابل قبول ابزار است (میرزائی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی کل ابزار ۰/۸۰ و زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۱ بدست آمد .

جلسات مداخله درمان: درمان با رویکرد طرحواره درمانی با پروتکل (یانگ[4] و همکاران، ۲۰۰۳) طی ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت فردی و طی روزهای مشخص بر روی شرکت کنندگان اجرا شد و سپس ابزارهای پژوهشی، پرسشنامه تحمل ابهام مک لین[5] (۲۰۰۹) و پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۳) مجدد به شرکت کنندگان هر دو گروه داده شد تا مرحله

1 Ambiguity Tolerance Questionnaire(ATQ)
2 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
3 Gratz & Roemer
4. Young
5. McLain

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

پس‌آزمون نیز اجرا گردد. پس از گذشت دو ماه مجدداً ابزار پژوهش به منظور اجرای مرحله پیگیری به شرکت کنندگان دو گروه ارائه شد. خلاصه محتوای این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان رویکرد طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات و تکلیف
اول	آشنایی و معارفه	تعریف و توضیح طرحواره درمانی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، بیان و توضیح ریشه‌های تحولی و طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها
دوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در فرد جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها
سوم	آموزش و سنجش طرحواره ایی	سنجش طرحواره‌های درمانجو و آشنا کردن آنها با طرحواره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحلهٔ سنجش در جلسه، بحث و گفتگو پیرامون طرحواره‌ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد
چهارم	فرآیند تغییر طرحواره	ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم پیمان شدن با جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبههٔ شناختی، هیجانی، الگوشکنی رفتاری
پنجم	ارزیابی مزایا و معایب طرحواره	انجام آموزن اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
ششم	آموزش کارت آموزشی	آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوهٔ استفاده از این کارت‌ها به درمانجو، آموزش نحوهٔ ثبت طرحواره
هفتم	آموزش راهبرد تجربی	معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویرسازی ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه نوشتن نامه به والدین و توضیح منطقی استفاده از این تکنیک
هشتم	و آموزش سبک مقابل ایی	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آنها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص درمانجو به عنوان آماج احتمالی تغییر اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری
نهم	آموزش رفتار سالم	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، انجام تمرینات مربوط به مرحلهٔ الگوشکنی رفتاری
دهم	ارزیابی و رفع موانع	بررسی تمرینات انجام شده، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، بحث و گفتگو پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، پاسخ به سئوالات درمان‌جو

یافته ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که افراد شرکت کننده در پژوهش همگی مرد بودندو دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش و گروه کنترل ۱۰±۳۵ سال بود. ۶ نفر (۳۶ درصد) از گروه آزمایش دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۱ نفر (۶۴ درصد) دارای تحصیلات غیردانشگاهی بودند گروه کنترل نیز به همین صورت بود. ۱۵ نفر از گروه آزمایش (۸۸ درصد) دارای شغل آزاد و ۲ نفر (۱۲درصد) دارای شغل دویتی بودند، در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر (۷۶ درصد) دارای شغل آزاد و ۴ نفر (۲۴ درصد) دارای شغل دولتی بودند. در رابطه با متغیر سو مصرف مواد، در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۷۶درصد)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مصرف ۱ تا ۳ سال را داشتند و ۴ نفر (۲۴ درصد) مصرف بالای ۴ سال در گروه کنترل این مقادیر به ترتیب ۱۰ نفر (۵۸ درصد) و ۷ نفر (۴۲ درصد) بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها		پیش آزمون		Ks	پس آزمون		Ks	پیگیری		Ks
		میانگین	انحراف معیار	P value	میانگین	انحراف معیار	value	میانگین	انحراف معیار	value
تحمل ابهام	آزمایش	۳۱/۰۰	۶/۷۳	۰/۳۰۶	۳۵/۷۶	۶/۲۸	۰/۳۱۸	۳۷/۵۲	۴/۴۷	۰/۰۲۱
	گواه	۳۰/۰۰	۵/۷۳	۰/۳۱۴	۲۸/۸۸	۴۵/۵۵	۰/۳۲۰	۲۷/۵۸	۴/۳۳	۰/۰۲۷
دشواری تنظیم هیجان	آزمایش	۱۲۲/۸۶	۳۱/۲۰	۰/۹۸۵	۹۲/۹۱	۲۰/۸۱	۰/۹۲۹	۸۳/۳۴	۱۹/۶۶	۰/۸۹۷
	گواه	۱۲۱/۶۸	۳۲/۴۲	۰/۹۸۸	۱۲۷/۲۱	۲۹/۴۵	۰/۹۴۰	۱۲۹/۴۵	۲۷/۴۶	۰/۸۹۱

جدول۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر وابسته در شرکت کنندگان گروه مداخله (طرحواره درمانی) از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری بهبود داشته است، اما در نمرات این متغیر در افراد گروه کنترل در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیگیری) تغییر محسوسی مشاهده نشد . قبل از اجرای تحلیل، به بررسی مفروضه‌های تحلیل می‌پردازیم. در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که در تمامی متغیرهای وابسته سطح معناداری بزرگتر از ۰.۰۵ است. (P >۰/۰۵)، لذا توزیع نمرات در جامعه نرمال است. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. و برای بررسی پیش‌فرض همگونی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز از آزمون ام باکس استفاده شد؛ که نتیجه آزمون سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین داده‌های تحقیق فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سوال نبرده است و ماتریس‌های واریانس-کوواریانس دارای همگنی می‌باشد. آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری برای نمرات هر یک از متغیرهای وابسته برابر ۰/۰۰۱ بدست آمده است، لذا فرض کرویت رد می شود؛ در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق تر شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد در نتیجه از آزمون جایگزین یعنی از آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس-گیزر برای بررسی اثرات درون آزمودنی استفاده شده. جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل به متغیر وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل ابهام	۰/۳۹۷	۲۳/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱/۰۰۰
دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۱۲	۱۲۳/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان نشان می‌دهد. اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته معنی دار بود (P=۰/۰۰۰). در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیر های وابسته ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر طرحواره درمانی برتحمل ابهام و دشواری تنظیم هیجان

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل ابهام	گروه	۹۰۰/۰۸۸	۹۰۰/۰۸۸	۱۱/۷۰۶	۰/۰۰۲	۰/۲۶۸	۰/۹۱۳
	زمان	۸۶/۳۵۳	۴۷/۸۲۳	۷/۳۷۷	۰/۰۰۲	۰/۱۸۷	۰/۹۰۹
	زمان*گروه	۳۵۱/۰۵۹	۱۹۴/۴۲۰	۲۹/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۱/۰۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

دشواری تنظیم هیجان	خطا	۲۴۶۰/۵۸۸	۷۶/۸۹۳				
	گروه	۱۷۷۸۸/۳۲۴	۱۷۷۸۸/۳۲۴	۵۱/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶	۱/۰۰۰
	زمان	۴۷۰۰/۴۹۰	۳۴۹۹/۷۷۸	۹۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۱۰۲۹۸/۲۹۴	۷۶۶۷/۶۵۷	۱۹۸/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱	۱/۰۰۰
	خطا	۱۱۰۶۸/۸۶۳	۳۴۵/۹۰۲				

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، میزان اثر تعامل زمان و گروه برای متغیرهای تحمل ابهام ($F=۱۹۸/٤٥٦$ ،$\eta^2=۰/۸٦۱$) و دشواری تنظیم هیجان ($F=۲۹/۹۹۰$ ،$\eta^2=۰/٤٨٤$) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته بیانگر آن است که شرکت در جلسات طرحواره درمانی بر بهبود نمرات تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان تاثیر معناداری داشته است. جدول۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نمرات تحمل ابهام ودشواری تنظیم هیجان در سه مرحله را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی برای بررسی ماندگاری نتایج بر تحمل ابهام و دشواری تنظیم هیجان.

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۳۰/۵۰۰	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۸۲۴*	۰/۶۲۳	۰/۰۱۹
	پس‌آزمون	۳۲/۳۲۴	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۰۵۹*	۰/۶۴۲	۰/۰۰۹
	پیگیری	۳۲/۵۵۹	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۲۳۵	۰/۴۸۲	۱/۰۰۰
دشواری تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۲۲/۲۹۴	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۲/۲۰۶*	۱/۱۲۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱۰/۰۸۸	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۵/۸۸۲*	۱/۵۹۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰۶/۴۱۲	پس‌آزمون- پیگیری	۳/۶۷۶*	۰/۸۶۹	۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر تحمل ابهام پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) ۱/۸۲۴ و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) ۲/۰۵۹ بیشتر و معنادار تر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) ۰/۲۳۵ است و تفاوت میانگین متغیر دشواری تنظیم هیجان پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) ۱۲/۲۰۶ و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) ۱۵/۸۸۲بیشتر و معنادار تر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) ۰/۸۶۹است که نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی بر بهبود نمرات تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است ($P > ۰/۰۵$). لذا پژوهش حاضر مبتنی بر اینکه طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد اثربخش است تایید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد بود. یافته های پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود تحمل ابهام در افراد وابسته به مواد موثر است. همچنین، نتایج حاکی از پایداری این اثربخشی در دوره پیگیری بود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات پیشین مانند آفتاب و شمس، (۱۳۹۹)، عباسی و همکاران (۱۳۹۹) و رودیگر و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت تحمل ابهام بر چندین جنبه از سبک شناختی، باور، ارزش و سیستم‌های نگرش، مهارت‌های بین فردی و حل مسئله تاثیر می‌گذارد (فورنهام و مارکز[1]، ۲۰۱۳). از آنجاییکه طرح واره درمانی از یک طرحواره ناسازگار اولیه، حالت طرحواره، تربیت محدود و نیازهای عاطفی اصلی تشکیل شده‌است (وانگ[2] و همکاران، ۲۰۱۰)، درمانگران

1 Furnham & Marks
2 Wang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

طرح واره درمانی با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به چالش می‌کشند و با استفاده از راهبردهای تجربی، به فرد کمک می‌کنند تا از طریق درک هیجانی، درک عقلانی بهتری پیدا کند (حسنوند و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، با الگوشکنی رفتاری، رفتارهای انطباقی تری را جایگزین الگوهای رفتاری ناکارآمد می‌کنند و سبک‌های مقابله ناسازگار را تغییر می‌دهند (جاکوب و آرنتز[1]، ۲۰۱۷). این روش‌ها به افراد کمک می‌کنند تا طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری را تعدیل کرده و توانایی مقابله با شرایط استرس‌زا را بیشتر کنند. همچنین، با بازسازی طرحواره‌ها و به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد، افراد معتاد می‌توانند علائم اضطراب و تنش را در خود کنترل کنند. در تکنیک‌های رفتاری، افراد با موقعیت‌های استرس‌زا روبه‌رو می‌شوند و با تمرین تصویرسازی ذهنی به منظور آماده شدن برای رویارویی، موقعیت ایمنی‌بخش را رها می‌کنند. همچنین، تکنیک‌های کنترل اضطراب نیز در افزایش تحمل ابهام مؤثر است (هث و استارتاپ[2]، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت‌های افراد، تغییراتی در تجارب موجود ایجاد می‌کند و باعث کاهش رفتارهای هیجانی ناسازگار و افزایش تحمل ابهام می‌شود. همچنین، با وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست، طرحواره درمانی تغییر خاطرات آسیب‌زا و اطلاعات ناراحت‌کننده، تغییر همزمان احساسات، افکار و هیجانات، قطع چرخه تجارب منفی درونی و تمرکز بر شناخت‌های افراد را بهبود بخشد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود نمرات دشواری تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد اثربخش بوده است و این اثربخشی حاکی در طول دوره پیگیری ماندگار بوده است. این یافته با نتایج برخی از مطالعات پیشین دادومو و همکاران (۲۰۱۸)، رودیگر و همکاران (۲۰۱۸)، فرشام و شمسیان (۱۴۰۰)، حاجیپور و همکاران (۱۳۹۹) و عباسی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت تنظیم هیجانی در زندگی افراد در حوزه‌های مختلف تأثیرگذار است و مطالعات نشان می‌دهند که نقایص هیجانی ممکن است در مصرف‌کنندگان در حال ترک مواد نقش داشته باشد (استرلین[3] و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی می‌تواند بهبود در تنظیم هیجانی و رفتارهای مصرفی افراد منجر شود (فاسبیندر[4] و همکاران، ۲۰۱۶). این شیوه درمانی افراد را به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه تشویق می‌کند و ظرفیت روانی و مهارت حل مسأله آن‌ها را بهبود می‌بخشد. افرادی که در جلسات طرحواره درمانی شرکت می‌کنند، به دلیل ایجاد ارزش‌ها و معنا در زندگی، توانایی بیشتری در تنظیم و مدیریت هیجانات خود پیدا می‌کنند و کمتر تحت تأثیر منفی شرایط اضطراب‌آور قرار می‌گیرند.

به طور کلی، برای تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در این پژوهش می‌توان گفت طرحواره درمانی به شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناکارآمد کمک می‌کند که می‌تواند بهبودی در اختلالات اعتیادی ایجاد کند. این روش به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات شدید و مزمن را شناسایی و سازماندهی کند و روابط بین فردی افراد در دوران کودکی را ردیابی کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری غیرتصادفی، عدم کنترل نوع ماده مصرفی و استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی نام برد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ضمن استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته در کنار پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات، تأثیر و ماندگاری مداخلات در بلندمدت (فاصله زمانی ۶ ماهه الی ۱ساله) مورد سنجش و مطالعه قرار گیرد. نقش تعدیل‌کننده جنسیت در بررسی تأثیر مداخلات بر روی نمونه‌های بزرگ‌تری از افراد در حال ترک مواد مورد بررسی قرار گیرد. استفاده از این شیوه‌های درمانی در افراد وابسته به مواد جهت کاهش آسیب‌های روانی و رفتاری خصوصاً افرادی که برای ترک اقدام نموده‌اند به درمانگران بالینی اعتیاد توصیه می‌شود.

منابع

ابراهیم زاده، ش؛ و سهرابی، ف. (۱۴۰۰). پیش بینی گرایش به اعتیاد براساس متغیرهای سرسختی روانشناختی و عدم تحمل ابهام در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۳۰۲-۲۸۳. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.61.283

اسماعیلی نسب، م؛ اندامی خشک، ع؛ آزرمی، ه؛ و ثمرخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *نشریه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)،۶۳-۴۹. http://etiadpajohi.ir/article-1-607-fa.html

1 Jacob & Arntz
2 Heath & Startup
3 Stellern
4 Fassbinder

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

آفتاب، ر؛ و شمس، ا. (۱۳۹۹). ارتباط خودشناسی انسجامی و تاب‌آوری با اضطراب کرونا: نقش واسطه عدم تحمل ابهام، نگرانی و فعالیت بدنی، *مطالعات روانشناسی ورزشی*، ۹(۳۲)، ۲۲۶-۲۰۱. https://doi.org/10.22089/spsyj.2020.9010.1975

بابایی نادینلویی، ک؛ امین زاده، ژ؛ و ستاری، م. (۱۳۹۷). رابطه باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام با تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۵(۱۹)، ۱۱۰-۹۱. https://ensani.ir/file/download/article/1546933253-9980-19-6.pdf

بهرام آبادیان، ف؛ مجتبائی، م؛ و ثابت، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر، *ماهنامه علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۶۳-۱۸۵۳. http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849

چیانی، ه، جهانگیر، پ.آ، و چمنی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سلامت روان و دشواری هیجان زنان خانواده اعتیاد. *پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۹(۱ (پیاپی ۱۶))، ۱۷۷-۲۰۴. https://sid.ir/paper/968196/fa .

حاجیپور، ح؛ بیاضی، م ح؛ و نجات، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مصرف کننده مواد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۲(۴)، ۳۳۹-۳۲۴. https://doi.org/10.22067/tpccp.2020.39362

حسنوند، م ب؛ شبان زاده، ع؛ و شهبازی، ل. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی .*توانمندسازی کودکان استثنایی۱۴ (۴)، ۳۷-۲۴*. https://doi.org/10.22034/ceciranj.2024.424376.1815

رهبر کرباسدهی، ف؛ حسین خانزاده، ع؛ و شاکری نیا، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع. *مجله شفای خاتم*، ۹(۳)، ۷۲-۶۴. http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.3.64

عباسی مرادی منش، ف؛ نادری، ف؛ و بختیارپور، س. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۲)، ۲۴۵۴-۲۴۴۶. ۲۴۵۴.https://sid.ir/paper/950698/fa

فرشام، آ؛ و شمسیان، م. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر میزان اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۶(۲۷)، ۶۴-۵۱. https://civilica.com/doc/1532283

قنبری زرندی، ز؛ حسنی، ج؛ محمدخانی، ش؛ و حاتمی، م. (۱۳۹۷). بررسی دشواری در تنظیم هیجان و وسوسه مصرف براساس حساسیت سیستم های مغزی-رفتاری و سطوح احساس تنهایی. *فصلنامه علمی-پژوهشی عصب روانشناسی*، ۴(۲)، ۶۸-۵۱. https://ensani.ir/file/download/article/1557741226-10112-97-14.pdf

محققی، ح؛ و خرقانی، پ. (۱۴۰۰). تأثیر طرحواره درمانی بر اضطراب، افسردگی و طرحواره های ناکارآمد اولیه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۳۲۴-۲۹۹. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.60.299

مرادیان، پ؛ کاکابرایی، ک؛ و امیری، ح. (۱۴۰۰). مقایسهٔ اثربخی طرحواره درمانی و آموزش مهارتهای حل مسأله بر بهزیستی ذهنی مردان متأهل سوءمصرف کننده مواد. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۳)، ۱۴۸-۱۲۹. https://doi.org/10.22034/aftj.2021.295233.1135

یانگ، ج؛ کلوسکو، ژ؛ و ویشار، م. (۱۳۹۹). *طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. جلد اول. ترجمه حمیدپور و اندوز. تهران: نشر ارجمند. (سال نشر اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Chen, M., Zeng, X., & Chen, Y. (2020). Self-concept and abstinence motivation in male drug addicts: Coping style as a mediator. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *48*(7), 1-15. https://doi.org/10.2224/sbp.9334.

Christiana, C., & Runturambi, A. J. S. (2023). The Blurry Portrait of Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Indonesian Prisons. *Technium Social Sciences Journal*, *43*, 584-592. https://doi.org/10.47577/tssj.v43i1.8835

Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. (2020). Wellness, emotion regulation, and relapse during substance use disorder treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 17- 28. https://doi.org/10.1002/jcad.12296

Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current opinion in psychiatry*, *31*(1), 43-49. DOI:10.1097/YCO.0000000000000380

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, *7*, 1373. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373

Furnham, A. & Marks, J. (2013). Tolerance of Ambiguity: A Review of the Recent Literature. *Psychology*, *4*, 717-728. doi: 10.4236/psych.2013.49102.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). 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*, *26*(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., & Williams, C. (2023). Long-term behavioral effects of a school-based prevention program on illicit drug use among young adults. *Journal of Public Health Research*, *12*(1), 22799036221146914. doi: 10.1177/22799036221146914

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). *Creative methods in Schema therapy: advances and innovation in clinical practice*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351171847

Heleniak, C., Bolden, C. R., McCabe, C. J., Lambert, H. K., Rosen, M. L., King, K. M.,. & McLaughlin, K. A. (2021). Distress tolerance as a mechanism linking violence exposure to problematic alcohol use in adolescence. *Research on child and adolescent psychopathology*, 2021 Sep;49(9):1211-1225. doi: 10.1007/s10802-021-00805-0

Hogarth, L. (2020). Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: translational critique of habit and compulsion theory. *Neuropsychopharmacology*, *45*(5), 720-735. doi: 10.1038/s41386-020-0600-8

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(2), 171-185. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171

McLain, D. L. (2009). Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The multiple stimulus types of ambiguity tolerance scale–II (MSTAT–II). *Psychological reports*, *105*(3), 975-988. doi: 10.2466/PR0.105.3.975-988.

Paulus, D. J., Heggeness, L. F., Raines, A. M., & Zvolensky, M. J. (2021). Difficulties regulating positive and negative emotions in relation to coping motives for alcohol use and alcohol problems among hazardous drinkers. *Addictive behaviors*, *115*, 106781. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106781

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *118*(1), 30–47. https://doi.org/10.1111/add.16001

Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., Van Dalen, P. J., & Voshaar, R. O. (2019). 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*, *19*(1), 26. https://doi.org/10.1186/s12888-018-2004-4

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118753125.ch2

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and alcohol dependence*, *91*(2-3), 213-219. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.025

Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *41*(4), 389–396. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.002

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]