

اثربخشی روان‌بنه درمانگری گروهی بر توانش‌های سازش یافتگی و هیجانات منفی معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون *

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

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

Ali Akbar Nakhaee Shamahmood¹, Ali Arab², Ali Farnam³

چکیده

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

واژه کلیدها: روان‌بنه درمانگری، توانش‌های سازش یافتگی، هیجانات منفی، معتادان سنتی و صنعتی

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

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

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

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

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

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

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

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

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

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۱۴

دریافت: ۹۸/۱۰/۱۱

مقدمه

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

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

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

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

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

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

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

³.depression

1. Addiction

2. American Psychiatric Association

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

عامل دیگری که ممکن است در وابستگی به مواد مخدر نقش داشته باشد، توانش های سازش یافتگی است (دشتی، ۱۳۹۴). سازش یافتگی^۱ به پذیرش و انسجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات محیطی اشاره دارد و مفهوم متضاد آن ناسازش یافتگی است؛ یعنی نشان دادن واکنش نامناسب به محرک های محیط و موقعیت ها، به نحوی که برای خود فرد یا دیگران و یا هر دو زیان بخش باشد و فرد نتواند انتظارات خود و دیگران را برآورده سازد (سلیمانیان و شاه بختی، ۱۳۹۴).

ابعاد سازش یافتگی: شامل سازش یافتگی جسمانی^۲، سازش یافتگی عاطفی^۳، سازش یافتگی اجتماعی^۴ و سازش یافتگی اخلاقی^۵ است که در رأس همه، سازش یافتگی اجتماعی قرار دارد پیش در آمد رسیدن به سازش یافتگی اجتماعی سازگار شدن از لحاظ عاطفی، اخلاقی، جسمانی است (پورفرخ، کرمی نیا و احدی، ۱۳۹۶). محققان معتقدند، کسانی که به سوء مصرف مواد روی می آورند، مواد مخدر را به عنوان راهی برای تسکین اضطراب، خشم یا افسردگی مصرف می کنند. آنها در اولین تجربه ی خود با مصرف ماده ای شیمیایی آشنا می شوند که می تواند احساس اضطراب یا اندوهی که آنها را به ستوه آورده است، تسکین دهد. افرادی که درماندگی عاطفی و هیجانی بیشتری دارند، تمایل بیشتری هم به مصرف مواد مخدر و الکل دارند (صدردمیرچی و محمدی، ۱۳۹۵). این مطلب نشان می دهد که چرا برخی افراد به مواد مخدر وابسته می شوند. این افراد اغلب اوقات گرفتار هیجانات و احساساتی می شوند که راه گریزی از آن برای خود نمی یابند. آنها آگاهی چندانی از عواطف خود ندارند و در نتیجه با این احساس که هیچ گواهی بر زندگی احساسی خود ندارند، هیچ گونه تلاشی به عمل نمی آورند (آسایش، ۱۳۹۱).

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

تأثیر مخرب این مواد بر شخصیت و ساختار فیزیکی فرد معتاد، ضرورت شناسایی و ارائه خدمات درمانگری به منظور پیشگیری و درمان این قشر از جامعه بیش از پیش احساس می شود. در این راستا، روان بنه درمانگری^۶، یکی از درمان های نوین است که به درمانگر کمک می کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق تر تعریف کرده و آنها را به گونه ای قابل درک سازمان دهی کند. در این مدل، رد پای روان بنه ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می شود. با به کارگیری این مدل، بیماران می توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهم خوان ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با روان بنه ها با بیماران هم پیمان می شوند و بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می کنند (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۱۳۹۱).

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

با توجه به مطالب مطرح شده و شواهد پژوهشی موجود و از آنجا که توجه بیشتر به وضعیت روانی معتادان و شناخت وضعیت روانی آنها جهت برنامه ریزی برای درمان جامع و علمی ضروری است؛ پژوهش حاضر سعی دارد تا ضمن شناسایی و مقایسه توانش های سازش یافتگی و هیجانات منفی در بین معتادان مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون، اثر بخشی روان بنه درمانگری را که درمانگری نوید بخش در زمینه اختلالات مزمنی همچون وابستگی به مواد است، نیز مورد بررسی و سنجش قرار دهد. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف پاسخ گویی به این سؤال است که آیا روان بنه درمانگری گروهی بر افزایش توانش های سازش یافتگی

4. social adjustment

5. morat adjustment

6. Schema Therapy

1. adjustment

2. physical adjustment

3. bolubity adjustment

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

جلسه ششم: آموزش فن کاهش و حذف روان‌بنه‌های ناسازگار
جلسه هفتم: مسئولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین
از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید
جلسه هشتم: مروری بر تغییرات ایجاد شده.

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

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

ابزار

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

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

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

فرضیه‌های پژوهش

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

روش

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

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

جلسه دوم: شناخت حالات طبیعی، فیزیولوژیکی و هیجانات آزمودنی‌ها

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

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

آزمون ANCOVA استفاده شد. پیش از انجام این آزمون ها بررسی چند مفروضه آماری الزامی می باشد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون ها و بررسی پیش فرض های آن در ادامه ارائه شده است. یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون ANCOVA حاکی از این است که سطح معناداری آماره ی F چند متغیره ی آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کمتر است. است بنابراین بین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از مؤلفه های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده مشاهده می شود که بین سازش یافتگی عاطفی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱ نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است و بنابراین روان بنه درمانگری گروهی بر سازش یافتگی عاطفی معنادان مصرف کننده ی سستی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر است.

که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال های مربوط به آن به دست می آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). آنتونی و همکاران (۲۰۰۱)؛ نقل از فتیحی آشتیانی، (۱۳۸۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۸۹ و ۰/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش بارانی (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کروناخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۸ و ۰/۷۱ به دست آمد که قابل قبول بود.

یافته ها

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

همان طور که ملاحظه می گردد میانگین نمرات گروه گواه در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی دهد، اما نمرات مؤلفه های سازش یافتگی در گروه آزمایش در پس آزمون کاهش بیشتری نسبت به پیش آزمون داشته اند. همچنین نمرات هیجانات منفی در گروه آزمایش در پس آزمون افزایشی نسبت به پیش آزمون نداشته است.

به منظور بررسی نقش روان بنه درمانگری بر هیجانات منفی و توانش های سازش یافتگی معنادان مصرف کننده ی سستی و صنعتی تحت درمان متادون، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و

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

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس توانش‌های سازش یافتگی برای مقایسه گروه آزمایش و گواه					
منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده‌شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F
گروه	پیلای	۰/۵۹	۱۰	۶۸	۲/۸۸
	ویلکز	۰/۴۹	۱۰	۶۶	۲/۸۱
	هتلینگ	۰/۸۵	۱۰	۶۴	۲/۷۴
	روی	۰/۵۱	۵	۳۴	۳/۴۷

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس توانش‌های سازش یافتگی برای مقایسه گروه آزمایش و گواه					
منبع	متغیر	نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
گروه	سازگار در خانه	۱/۹۷	۲	۰/۹۸	۱/۵۲
	سازش یافتگی شغلی	۰/۹۸	۲	۰/۴۹	۰/۳۸
	سازش یافتگی تندرستی	۸/۹۷	۲	۴/۴۸	۲/۱۶
	سازش یافتگی عاطفی	۱۱/۸۶	۲	۵/۹۳	۳/۷۸
	سازش یافتگی اجتماعی	۶/۶۹	۲	۳/۳۵	۳/۴۹

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

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

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

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

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

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

بحث و نتیجه گیری

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

نتایج پژوهش کلال قوچان عتیق (۱۳۹۱) نشان از اثربخشی روان بنه درمانگری بر افزایش توانش های سازش یافتگی داشت. سلیمانان و شاهبختی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که روان بنه درمانگری گروهی باعث افزایش شاخص های سازش یافتگی می گردد. ناظمی و همکاران (۱۳۹۱) از پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که روان بنه درمانگری گروهی یک روش مؤثر بر ارتقاء سازش یافتگی می باشد. بال و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی، اهمیت و اثربخشی روان بنه درمانگری را بر افزایش توانش های سازش یافتگی مورد بررسی و تأیید قرار دادند.

در تبیین معناداری روان بنه درمانگری بر بهبود توانش های سازش یافتگی معنادار مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون می توان چنین ادعان نمود که تجربه اعتیاد تجربه ای است بسیار سخت که با ضربه عاطفی و اجتماعی بزرگی همراه است و تمام نظام فکری فرد زخم خورده را تحت تأثیر قرار می گیرد و اختلالی در نظام عاطفی و اجتماعی فرد آسیب دیده به وجود می آورد که با حالات عدم تعادل هیجانی همچون اضطراب، افسردگی، تنفر، عصبانیت و کاهش سازش یافتگی همراه است. لذا از آنجایی که در روان بنه درمانگری بر شناسایی افکار غیرمنطقی و خطاهای شناختی فرد آسیب دیده از اعتیاد تأکید می شود پرواضح است که این درمان در افزایش توانش های سازش یافتگی افراد آسیب دیده از اعتیاد مؤثر واقع شود. در تبیین بیشتر می توان گفت: روان بنه درمانگری، روی آوردی متشکل از

روی آوردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانگری یکپارچه است که با استفاده از چهار فن اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد معتاد، علاوه بر زیر سؤال بردن روان بنه های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال های کودکی می شود که این عوامل باعث افزایش سازش یافتگی عاطفی می شود.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روان بنه درمانگری گروهی بر هیجانات منفی معنادار مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون مؤثر نیست و بین میانگین نمره هیجانات منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با یافته های پژوهش رحیم آقایی و همکاران (۱۳۹۶)، همتی ثابت، نوایی نژاد و خلعتبری (۱۳۹۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، ملکی و همکاران (۱۳۹۴)، نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۱)، خلعتبری و بازرگانیان (۱۳۹۰) و رینر، لوبستائل و پیترز (۲۰۱۲) که نشان دادند روان بنه درمان در کاهش هیجانات منفی مؤثر است؛ ناهمسو می باشد.

هیجانات منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می دهد و حالات ناخوشایندی مانند اضطراب، استرس و افسردگی و... را شامل می شود (بارانی، ۱۳۹۵).

هیجانات منفی (استرس، اضطراب و افسردگی) از جمله عوامل روانی هستند که شدت آن بسته به نوع مصرف مواد مخدر در میان دو گروه معنادار سنتی و صنعتی با یکدیگر متفاوت است. در این راستا، روان بنه درمانگری به عنوان یکی از شیوه های روان درمانگری که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار داده است، می تواند در کاهش هیجانات منفی افراد آسیب دیده از اعتیاد مؤثر باشد (هاپود و توماس، ۲۰۱۴). اما در پژوهش حاضر، روان بنه درمانگری در کاهش

تقی نژاد، زهرا؛ اقلیما، مصطفی؛ عرشی، ملیحه و پورحسین هندآباد، پریا (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با شیوه آموزش مهارت های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله توان بخشی*، ۱۸(۳)، ۴۵-۳۲.

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

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

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

رحیم آقایی، فلور؛ حاتمی پور، خدیجه و عاشوری، جمال (۱۳۹۶). تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. *مجله آموزش پرستاری*، ۳(۱۰)، ۴۱-۳۲. سادوک بنجامین و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۵). خلاصه روان پزشکی، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، تهران: ارجمند. صدردمیرچی، اسماعیل و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۳(۱)، ۶۳-۵۳.

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

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). *آزمون های روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت.

قاسمی، عبدالله (۱۳۸۹). *مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در سه گروه عادی، معتاد به مواد سنتی و معتاد به مواد صنعتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

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

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

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

هیجانان منفی افراد آسیب دیده از اعتیاد اثربخش نبود. این عدم اثربخشی می تواند به دلایل ذیل باشد: الف) تفاوت در توزیع سنی گروه های مطالعه شده با مطالعات عنوان شده یا انجام پژوهش در جمعیت های مختلف. ب) وجود تفاوت در فرهنگ ها که می تواند عامل تفاوت در یافته ها باشد. ج) با توجه به پیچیدگی رفتار انسان ها در هر مطالعه، پاسخ گویان می توانند پاسخ های متفاوتی را ارائه نمایند و این امر بدیهی بوده و دور از انتظار نیست. د) باید پذیرفت که انتظار همسو بودن و مطابقت همه یافته های پژوهش حاضر با یافته های تحقیقات پیشین، شاید منطقی نباشد. ه) تفاوت در ابزار مطالعه متغیر هیجانان منفی در پژوهش حاضر در مقایسه با سایر پژوهش ها نیز می تواند عامل تفاوت در یافته ها باشد.

هرچند استفاده از ابزار خود گزارش دهی و عدم انجام مطالعات پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از جمله محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می آید، اما با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان بنه درمانگری گروهی بر توانش های سازش یافتگی و هیجانان منفی در معتادان مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون پیشنهاد می شود در کلینیک ها و مراکز درمانگری به منظور بهبود روان بنه های سازش نیافتگی اولیه، توانش های سازش یافتگی و هیجانان منفی در معتادان مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون دوره های مختلف آموزشی روان بنه درمانگری برای معتادان برگزار شود.

منابع

- آسایش، حمید (۱۳۹۱). سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط روش های مصرف مواد با عوامل سنی در معتادان به مواد مخدر. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۳(۹)، ۲۶-۱۳.
- آقایی، احمد؛ کهرازنی، فرهاد و فرنام، علی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طرحواره های ناسازگار زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۳(۱۸)، ۱۴۲-۱۳۳.
- بارانی، سمیه (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش مهارت های زندگی با رویکرد قرآنی بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر بیرجند*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد بیرجند.
- پورفرخ، مینا؛ کرمی نیا، رضا و احدی، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۲)، ۱۹۹-۱۸۲.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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