



Investigating the efficacy of schema therapy on self-criticism and shame in addicts undergoing methadone maintenance treatment

Bitas Salasi¹ , Mohammad Arash Ramezani² , Faezeh Jahan³ 

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. E-mail: bt.salasi@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: Arash98@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. E-mail: F.jahan@semnaniau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 14 January 2023

Received in revised form 31 January 2023

Accepted 15 March 2023

Published Online 21 March 2023

Keywords:

Schema therapy,

Shame,

Self-criticism,

Addicts undergoing

Methadone Maintenance

treatment

ABSTRACT

Background: One of the psychological aspects of substance abuse that has been noticed in recent years is the feeling of shame and Self-criticism. Studies have shown that self-blame and shame can lead a person to addiction and keep him in the cycle of addiction. One of the psychological intervention models in the third treatment of substance abuse is schema therapy, but there is a research gap regarding its efficacy on the feeling of shame and self-criticism in the research community.

Aims: The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of schema therapy on feelings of shame and Self-criticism in addicts undergoing methadone maintenance treatment.

Methods: The current research design was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included all addiction treatment clinics in the 5th district of Tehran in the years 2021-2022, where the clients were receiving maintenance treatment with methadone. Among the people of the statistical population, 30 people were selected by multi-stage cluster random sampling method and were randomly assigned to two groups of 15 people for testing and control. In the intervention sessions of schema therapy treatment, Young (1999) protocol was used and self-criticism (Gilbert et al., 2004) and shame (Cohen et al., 2011) scales were used to collect data. Analysis of variance repeated measurements, Post hoc Benferoni test and SPSS₂₆ software were used for data analysis.

Results: The findings of this research showed that in the experimental group (schema therapy intervention), the post-test and follow-up scores of self-criticism, shame and their components decreased significantly compared to the pre-test scores ($P < 0.001$). Also, no significant difference was observed in the scores of the mentioned variables between the post-test and follow-up stages, which indicates the continuation of the efficacy of the intervention in the follow-up stage ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that schema therapy by reconstructing and revising the initial negative schemas reduces possible psychological problems such as self-criticism and shame in addicts undergoing maintenance treatment. Therefore, it is recommended to repeat the experiment in other groups and more samples.

Citation: Salasi, B., Ramezani, M.A., & Jahan, F. (2023). Investigating the efficacy of schema therapy on self-criticism and shame in addicts undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Psychological Science*, 22(121), 159-175. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1982-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 121, April, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.121.159](https://doi.org/10.52547/JPS.22.121.159)



✉ **Corresponding Author:** Mohammad Arash Ramezani, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
E-mail: Arash98@gmail.com, Tel: (+98) 9128451899

Extended Abstract

Introduction

One of the psychological dimensions of the consumer that has been noticed in recent years in relation to substance abuse is self-criticism (Gorgi, Tabaeian & Shokrolahi, 2021). Self-criticism is a type of blame, self-criticism, and unsympathetic introspections that lead to feelings of shame (Ross, Kaminski & Herrington, 2019). In fact, the opposite of self-kindness is self-blame and is defined as a person's tendency to have high expectations of themselves and challenge their own performance (Kannan & Levitt, 2013). Self-criticism makes a person consider himself incomplete and define unattainable standards for himself, in a way that ultimately leads to his social distancing (James, Verplanken & Rimes, 2015).

In this regard, studies have shown that the core of self-criticism is related to feelings of shame (Gilbert, 2017). Shame is characterized by intense feelings of inferiority, worthlessness, and embarrassment. In fact, the feeling of shame is considered as a self-conscious emotion that is related to the self (Stearns & Parrott, 2012). Various studies have shown that feelings of shame can increase addictive behaviors through coping or negative reinforcement (Bilevicius et al., 2018). For example, Luoma, Chwyl & Kaplan (2019) meta-analysis showed that feelings of shame predicted greater substance use.

Research evidence has shown that simultaneous provision of psychotherapy increases the efficacy of methadone maintenance treatment (Mahu et al., 2019). One of the prominent psychological intervention models in the treatment of substance abuse in recent years is the therapeutic schema (Tirandaz & Akbari, 1400). Schema therapy is a therapeutic approach in psychology founded by Jeffrey Young. Young invented schema therapy by combining psychological, experiential and behavioral pattern-breaking interventions to treat a wide range of psychological disorders. Schema therapy is a transdiagnostic model and its use for avoidant, borderline, narcissistic personality disorders, social anxiety, eating disorders, post-traumatic stress disorder, and third substance use disorder has been evaluated and its efficacy has been confirmed

(Young, 1999). However, the search of the researchers of the present study did not find any specific research related to the effect of schema therapy on shame and self-criticism of people with substance abuse disorders. Therefore, considering the increasing prevalence of drug use among different strata of society and considering that drug use is associated with an increase in the crime rate in the society, and on the other hand, different treatment methods have not brought very successful results and return to drug use in treated people. It still has a high prevalence, also considering the lack of detailed scientific studies on the efficacy of schema therapy on substance abusers undergoing methadone maintenance treatment and considering the confirmed role of self-criticism and shame in the continuation of drug abuse in previous studies, the present study tries to respond to this is a fundamental question: are schema therapy interventions effective on self-criticism and shame in methadone maintenance patients?

Method

The design of the current research was a semi-experimental type of pre-test, post-test with a control group and a 3-month follow-up. The statistical population of the research included all addiction treatment clinics in Tehran in the years 2021-2022 that had addicts undergoing maintenance treatment with methadone. The sampling method was a multi-stage cluster random sampling method in such a way that among the regions of Tehran city, region 5 and among the addiction treatment clinics of the said region, Aindeh, Pardis and Safir clinics were randomly selected and the studied sample included 30 clients (17 men and 13 women) were selected from among addicts undergoing maintenance treatment with methadone in these clinics. Before performing any therapeutic intervention, a pre-test was performed on the 2 groups of participants in the present study, and after one week of the intervention, both groups (experimental and control) were exposed to the post-test using the research tools. The criteria for entering the research include the main use of heroin, opium, juice and crack, use period of 5 to 10 years, smoking method of use, being under maintenance treatment with methadone for one year, education level of at

least first high school, minimum age of 19 and maximum of 54 years. And the criteria for withdrawing from the research include suffering from one of the severe psychotic disorders such as schizophrenia, bipolar disorder, obsessive compulsive, drug use except methadone, refusing to participate in the research, suffering from diabetes, heart, cancer and liver diseases. and continuous non-participation in the intervention sessions (absence of more than 3 sessions). In the intervention sessions of schema therapy treatment, Young (1999) protocol was used and self- criticism (Gilbert et al., 2004) and shame (Cohen et al., 2011) scales were used to collect data.

Results

In examining the demographic information of the participants, the results showed that the mean and standard deviation of the age for the experimental group (schema therapy intervention) was 39.20 ± 10.01 years and for the control group, it was 37.86 ± 10.25 years, which based on the results The independent t test of the two groups was equal in terms of age ($t=0.36$; $sig=0.72$). The results of the analysis of variance test with repeated measurements to investigate the difference between the groups in the variable of shame, self- criticism and their related components are shown in Table 1.

Table 1. The results of analysis of variance test repeated measurement to check the difference between groups

Variable	Sources of changes	MS test	df	MS error	F	P	Eta squared
shame	Groups	1698.678	(1, 28)	59.040	28.772	<0.001	0.507
	levels	1319.884	(1.107,31.010)	19.790	66.694	<0.001	0.704
	Stages interaction with the group	1062.966	(1.107,31.010)	19.790	53.712	<0.001	0.657
Negative self-evaluation	Groups	490.000	(1, 28)	23.589	20.772	<0.001	0.426
	levels	451.023	(1.192, 33.384)	4.782	94.317	<0.001	0.771
	Stages interaction with the group	318.096	(1.192, 33.384)	4.782	656.519	<0.001	0.704
Side-seeking behavior	Groups	364.011	(1, 28)	14.913	24.409	<0.001	0.466
	levels	184.235	(34.540, 1.234)	7.525	24.483	<0.001	0.466
	Stages interaction with the group	178.470	(34.540, 1.234)	7.525	23.717	<0.001	0.459
Self- confidence	Groups	1368.900	(1, 28)	29.319	46.690	<0.001	0.625
	levels	623.661	(1.452, 40.643)	21.370	29.184	<0.001	0.510
	Stages interaction with the group	394.662	(1.452, 40.643)	21.370	18.468	<0.001	0.397
self- criticism	Groups	2290.178	(1, 28)	113.056	20.257	<0.001	0.420
	levels	2405.480	(1.489, 41.702)	42.995	55.948	<0.001	0.666
	Stages interaction with the group	1519.515	(1.489, 41.702)	42.995	35.341	<0.001	0.158

Also, the results of the Bonferroni follow-up test showed that in the post-test and follow-up phase, the amount of shame, its components and self-blame in the intervention group was significantly lower than the control group. In the self-confidence scale in the post-test and follow-up phase, the score of the intervention group was significantly higher than that of the control group. The results of the Bonferroni adjustment test showed that, in the schema therapy intervention group, there is a significant difference between the two stages of post-test and follow-up in shame, its components and self- criticism components in addicts with methadone maintenance treatment; So that the average score of self-confidence in the post-test stage in comparison with the pre-test increased significantly and this increase continued until the follow-up stage.

Conclusion

The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of schema therapy intervention on self- criticism and shame in addicts with methadone maintenance treatment. The results of the research showed that in the schema therapy intervention group, the post-test and follow-up scores of self-blame, shame and their components decreased significantly compared to the pre-test scores.

Also, no significant difference was observed in the scores of the mentioned variables between the post-test and follow-up stages, which shows the continued efficacy of the intervention in the follow-up stage. In relation to the efficacy of the treatment used in the present study on self- criticism and feeling of shame of people undergoing maintenance treatment, no alignment was found; However, this finding is in line with the research results of T Tariq, & Jameel (2020),

who showed that self-blame is related to the third behavior of drug use in women and men, Luoma et al. (2019) and Gorgi et al (2021)., predicts more substance abuse and substance abuse in certain contexts causes a feeling of shame, as well as Nakhee Shamahmoode t al. (2018) who showed that group schema therapy can improve the initial maladaptive schemas of traditional and industrial addicts under methadone treatment. It is implicitly aligned and in the same direction.

In explaining the efficacy of schema therapy on the self- criticism of people undergoing maintenance treatment with methadone, considering that various studies have shown that self-blame is one of the risk factors related to the creation and continuation of drug addiction disorder, it can be said that by receiving schema therapy interventions People suffering from addiction become aware of the harsh, hateful and destructive nature of criticism and especially the blame they have had towards themselves. They also come to understand that it is necessary to distinguish between "self" and criticisms of "self-performance", and ultimately with the help of this distinction, people are empowered to recognize self-blame as a distinct inner voice. Understand the "totality of their personality" and take action to reduce and eliminate it (Gilbert, 2010).

Another finding of the present study showed that schema therapy is effective on the feeling of shame of patients undergoing maintenance treatment with methadone. Schema therapy techniques help people to have higher psychological flexibility and have a compassionate view of themselves and others. In this intervention, people learn to experience less negative emotions in experiencing unpleasant events, experiences that involve social evaluation and comparison, through the normalization of the experience, and this will improve their mental health and reduce their anxiety (Hopwood et al., 2019).

According to the findings of the current research on the efficacy of schema therapy on reducing self-criticism and shame in addicts undergoing methadone

maintenance treatment and considering that studies have shown that self- criticism and shame can lead a person to addiction from the very beginning. and keep him in the cycle of addiction, it is suggested that schema therapy be used in the tertiary treatment centers for substance abuse and be offered to the clients along with other pharmacological, non-pharmacological and psychological treatments.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of general psychology at Islamic Azad University, Semnan branch. The present research was conducted with the IR.IAU.Semnan.REC.1401.035 code of ethics from the ethics committee of Islamic Azad University, Semnan branch. In the present study, in order to comply with ethical considerations, the participants were given brief explanations about the objectives of the study, the way of cooperation, the benefits and advantages of participating in the study, the purpose of completing the questionnaire, and the participants in the research completed the questionnaires based on personal satisfaction. Also, the participants in the research were assured about privacy and confidentiality.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article was the main researcher, the second author was the supervisor, and the third author was the consultant in this research.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby thank and appreciate all the participants who cooperated in this research.



بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون

بیثا ثلاثی^۱، محمدآرش رضانی^۲، فائزة جهان^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

شرم،

خود سرزنش‌گری،

معتادین تحت درمان نگهدارنده با

متادون

زمینه: یکی از ابعاد روانشناختی سومصرف مواد مخدر که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، احساس شرم و خود سرزنش‌گری است. مطالعات نشان داده است، خود سرزنش‌گری و احساس شرم از همان ابتدا می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد سوق داده و او را در چرخه اعتیاد نگه دارد. یکی از الگوهای مداخله‌ای روانشناختی در درمان سومصرف مواد، طرحواره درمانی است، اما در مورد بررسی اثربخشی آن بر احساس شرم و خودسرزنش‌گری در جامعه مورد پژوهش، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس شرم و خودسرزنش‌گری بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۵ شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که مراجعان تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند. از میان افراد جامعه آماری، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. در جلسات مداخله طرحواره درمانی، از پروتکل یانگ (۱۹۹۹) و برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های خودسرزنش‌گری (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و احساس شرم (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بنفرونی و نرم‌افزار SPSS²⁶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که در گروه آزمایش (مداخله طرحواره‌درمانی)، نمرات پس‌آزمون و پیگیری خود سرزنش‌گری، احساس شرم و مؤلفه‌های آن‌ها در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری است ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده، این نتیجه حاصل می‌شود که طرحواره‌درمانی با بازسازی و بازنگری در طرحواره‌های ناساگار اولیه، باعث کاهش مشکلات احتمالی روانشناختی مانند خودسرزنش‌گری و احساس شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌شود. بنابراین، تکرار آزمایش در گروه‌های دیگر و نمونه‌های بیشتر پیشنهاد می‌شود.

استناد: ثلاثی، بیثا؛ رضانی، محمدآرش؛ و جهان، فائزة (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۱، ۱۷۵-۱۵۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۱، بهار (فروردین) ۱۴۰۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: محمدآرش رضانی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: Arash98@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۸۴۵۱۸۹۹

مقدمه

در سال‌های اخیر، مصرف مواد مخدر به یکی از جدی‌ترین معضلات بشری تبدیل شده است. همچنین سومصرف مواد به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلالات روان‌پزشکی با ابعاد مختلف زیستی، روانی و اجتماعی مطرح شده است که طی آن فرد کنترل خود را بر مصرف مواد از دست داده و بدون توجه به آثار زیان‌بار آن، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد (دک و همکاران، ۲۰۲۱). در تمامی جوامع، سومصرف مواد یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی بوده است و به عنوان یک اختلال عودکننده مزمن با میزان عود بسیار بالا تعریف شده است که میزان عود آن بین ۵۶/۸٪ تا ۸۱/۸٪ متغیر است (مکل و کیرالی، ۲۰۱۹). در ایران نیز در خوشبینانه‌ترین حالت، ۱۲/۱ درصد از کل جمعیت مبتلا به سومصرف مواد هستند (حاجی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹، به نقل از بهرام‌آبادیان، مجتبائی و ثابت، ۱۴۰۰).

اعتیاد که از آن با عنوان وابستگی به مواد نیز یاد می‌شود، عبارت است از مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمانی که بر زمینه‌های متعدد عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد و باعث ناتوانی‌های قابل ملاحظه در تعداد نسبتاً زیادی از افراد شده است (تیلور، گراهام، فلت، وادهر و فیتزیمونز-گرافت، ۲۰۲۱). اعتیاد به مواد مخدر حاصل تعامل پیچیده میان عوامل ژنتیکی، محیطی و تأثیرات داروشناختی این مواد است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵، به نقل از بشارت، حائری و مقدم‌زاده، ۱۳۹۷). مصرف مواد مخدر با ایجاد اعتیاد، نه تنها تأثیر منفی بر وضعیت اقتصادی - اجتماعی شخص مصرف‌کننده دارد، بلکه نقش تعیین‌کننده‌ای نیز بر سلامت روان و هیجانات فرد دارد (وولکو، هان، اینستین و کامپتن، ۲۰۲۱). یکی از ابعاد روانشناختی شخص مصرف‌کننده که در سال‌های اخیر در رابطه با سومصرف مواد، مورد توجه قرار گرفته است، خودسرزنش‌گری^۱ می‌باشد (گرچی، طباییان و شکراللهی، ۱۳۹۹). خودسرزنش‌گری، نوعی سرزنش، انتقاد از خود و درون‌فکنی‌های غیرمشفقانه است که زمینه‌ساز احساس شرم در فرد می‌شود (روس، کمینسکی و هرینگتون، ۲۰۱۹). در واقع، نقطه مقابل مهربانی کردن با خود، سرزنش خود است و به صورت گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و به چالش کشیدن عملکرد خویش تعریف می‌شود (کانان و لویت، ۲۰۱۳). خودسرزنش‌گری باعث

می‌شود فرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیر قابل دستیابی برای خود تعریف کند، به گونه‌ای که در نهایت به دوری کردن او از اجتماع منجر می‌شود (جیمز، وریلانکن و رایمز، ۲۰۱۵). مطالعات اولیه روی خودسرزنش‌گری، چگونگی تأثیر آن را بر ادراک وقایع و پریشانی‌ها مورد بررسی قرار دادند (جانوف-بولمن، ۱۹۷۹). پژوهشگران مختلف استدلال می‌کنند رفتار سرزنش خود، زمانی پدیدار می‌شود که افراد خود را مسئول رفتار گذشته می‌دانند و بر این باور هستند که می‌توانند خود را اصلاح کرده و این رفتارها را تغییر دهند (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که رفتار خودسرزنش‌گری در مصرف‌کنندگان مواد، فراوانی بالایی دارد (گرچی و همکاران، ۱۳۹۹). طارق و جمیل (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که خودسرزنش‌گری با رفتار سومصرف مواد در زنان و مردان مرتبط است.

در همین راستا مطالعات نشان داده است، هسته اصلی خودسرزنش‌گری با احساس شرم^۲ مرتبط است (گیلبرت، ۲۰۱۷). احساس شرم با احساس شدید فرومایگی، بی‌ارزشی و شرمساری مشخص می‌شود. در واقع احساس شرم به عنوان عاطفه‌ای خودآگاه در نظر گرفته می‌شود که با خود مرتبط است (استرن و پاروت، ۲۰۱۲). به منظور درک این هیجان، افراد باید مجموعه‌ای از استانداردها برای ارزیابی رفتارشان داشته باشند. عواطف خودآگاه منفی مثل شرم زمانی برانگیخته می‌شوند که ارزیابی از رفتار و اقدامات، در تضاد با ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی فرد است (هلر، ۲۰۰۳). شرم تأثیر مهمی بر ادراک فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری از اختلالات روانشناختی و شخصیت دارد. این هیجان دردناک با تجربه احساس و ادراک‌های منفی همچون احساس حقارت، بی‌کفایتی و ناتوانی همراه است و فرد در حین تجربه این احساس، خصومت بسیار زیادی را تجربه می‌کند (ماتوس، پینتو-گاویا، گیلبرت، دورته و فیگورتو، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که احساس شرم می‌تواند رفتارهای اعتیادآور را از طریق مقابله یا تقویت منفی افزایش دهد (بلیویکوس و همکاران، ۲۰۱۸). برای مثال، فرا تحلیل لوما، چاپیل و کاپلان (۲۰۱۹) نشان داد احساس شرم، مصرف بیشتر مواد را پیش‌بینی می‌کند، اگرچه این امر با اثرات متقابل پیچیده‌ای همراه بود. همچنین فراتحلیل فوق

1. Self-criticism

2. shame

اختلال سومصرف مواد مورد ارزیابی قرار گرفته است و اثربخشی آن تأیید شده است (یانگ، ۱۹۹۹). یانگ (۱۹۹۰)، به نقل از هاواک و پروونچر، (۲۰۱۱) معتقد است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری اختلالات روانشناختی و مشکلات شخصیتی می‌باشد که در نتیجه تجارب دوران کودکی شکل می‌گیرند. شواهد پژوهشی دال بر اثربخشی طرحواره درمانی در افرادی با اختلالات شخصیت و رفتارهای پیچیده، بسیار گسترده است (باملیس، اورز، اسپینهنون و آرنتز، ۲۰۱۴؛ ون ویجک-هربرینک، آرنتز، برویز، رولوفس و برنشتاین، ۲۰۲۱). طرحواره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواس - جبری و در تعارضات زناشویی میان زوجین، باعث بهبودی بیماران شده است (سمپتگویی، کارمن، آرنتز و بکر، ۲۰۱۳؛ دیکوت و آرنتز، ۲۰۱۴؛ هوپوود، پینکوز و رایت، ۲۰۱۹). در مطالعه دیگری روشن شد که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مصرف‌کننده الکل و دیگر مواد وجود دارد و آن‌ها از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند (شوری، استوارت و اندرسون، ۲۰۱۴). همچنین بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران در درمان نگه‌دارنده با متادون نشان داد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند (برومت، ۲۰۰۷). نخعی شامحمود، عرب و فرنام (۱۳۹۸) در یک مطالعه آزمایشی، ۴۵ نفر از معتادان تحت درمان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد، استفاده از طرحواره درمانی گروهی می‌تواند سبب بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون شود.

با این حال، جستجوی پژوهشگران مطالعه حاضر، پژوهش خاصی در رابطه با بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس شرم و خودسرزنش‌گری افراد مبتلا به سومصرف مواد را یافت نکرد. لذا با توجه به افزایش شیوع سومصرف مواد در میان اقشار مختلف جامعه و با توجه به این که سومصرف مواد با افزایش نرخ جرائم در جامعه همراه است و از سویی روش‌های درمانی مختلف نتایج چندان موفقی به همراه نداشته و بازگشت به مصرف مجدد در افراد درمان شده همچنان شیوع بالایی دارد، همچنین با توجه به

به دو پژوهش دیگر اشاره کرد که در آن‌ها نشان داده شد، مصرف مواد در زمینه‌های خاص، باعث افزایش احساس شرمندگی می‌شود. از سوی دیگر پژوهشگران حوزه اعتیاد معتقدند اختلال سومصرف مواد، دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (عندلیبی و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به هزینه‌های اقتصادی، آسیب‌های فردی و اجتماعی سومصرف مواد، لازم است از پیشگیری و درمان‌های مقرون به صرفه استفاده شود. به طور کلی، سومصرف مواد، مشکل متداولی است که نیاز به توجه فزاینده‌ای دارد و پژوهش درباره درمان‌های مؤثر، ضرورتی انکارناپذیر است (تیرانداز و اکبری، ۱۴۰۰).

درمان نگه‌دارنده با متادون^۱ یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سومصرف مواد است که با تلفیق دارودرمانی و درمان‌های روانشناختی در جهت کاهش یا حذف اختلالات و مشکلات ناشی از سومصرف مواد به کار می‌رود. این نوع درمان به منظور نگه داشتن بیماران در وضعیتی پایدار و بهبودی تدریجی یا پیشگیری از عود طراحی شده است (استاکتون و همکاران، ۲۰۲۱). خواص و تأثیر این داروها بر روی فرد بیمار، مشابه با مواد مخدر است؛ با این تفاوت که شروع تأثیر و ناپدید شدن اثر آن‌ها، آهسته و ملایم است. در نتیجه با مصرف این مواد، وضعیت جسمانی بیمار در حالت متعادل مانده و کمتر از نظر روانشناختی، دچار نوسانات فردی و روانی می‌شود (کوردی، کانکلین و وان‌هیون، ۲۰۱۱).

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند، ارائه همزمان روان‌درمانی، کارایی درمان نگه‌دارنده با متادون را افزایش می‌دهد (ماهو و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از الگوهای مداخله‌ای روانشناختی برجسته در درمان سومصرف مواد در سال‌های اخیر، طرحواره درمانی^۲ است (تیرانداز و اکبری، ۱۴۰۰). طرحواره درمانی، رویکردی درمانی در روانشناسی است که توسط جفری یانگ پایه‌گذاری شده است. یانگ با تلفیق مداخلات روانشناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری جهت درمان وسیعی از اختلالات روانشناختی، طرحواره درمانی را ابداع کرد. طرحواره درمانی مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلالات شخصیت اجتنابی، مرزی، خودشیفته، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از سانحه و

1. methadone maintenance treatment

2. Schema therapy

خلاء مطالعات علمی دقیق درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر افراد با سومصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون و با توجه نقش تأیید شده خودسرزنش‌گری و احساس شرم در تداوم سومصرف مواد در مطالعات پیشین، مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا مداخلات طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری و احساس شرم معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون داشتند. روش نمونه‌گیری، تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود، بدین صورت که از بین مناطق شهر تهران، منطقه ۵ و از بین کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه مذکور، کلینیک‌های آینده، پردیس و سفیر به طور تصادفی انتخاب شده و نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از مراجعان (۱۷ نفر مرد و ۱۳ نفر زن) از بین معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون در این کلینیک‌ها انتخاب شدند. قبل از انجام هرگونه مداخله درمانی، از ۲ گروه شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، پیش‌آزمون به عمل آمد و بعد از یک هفته از اتمام مداخله، هر دو گروه (آزمایش و گواه) به وسیله ابزارهای پژوهش در معرض پس‌آزمون قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مصرف اصلی هروئین، تریاک، شیره و کراک، مدت مصرف ۵ تا ۱۰ سال، شیوه مصرف تدخینی، قرارداشتن به مدت یک سال تحت درمان نگهدارنده با متادون، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۹ و حداکثر ۵۴ سال و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ابتلا به یکی از اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال وسواس (طبق نظر روانشناسی بالینی)، مصرف دارویی به جز متادون، انصراف از شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های دیابت، قلبی، سرطان و کبد (طبق نظر پزشک) و عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۳ جلسه) بود.

ب) ابزار

در مطالعه حاضر از دو پرسشنامه زیر استفاده شد:

مقیاس شرم (GASP): از این مقیاس جهت ارزیابی میزان تمایل شرکت‌کنندگان به هیجان شرم استفاده شد. این مقیاس توسط کوهن، ولف، پانتر و اینسکو در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. در این مقیاس، موقعیت‌های مختلفی (۸ موقعیت) که ممکن است در زندگی یک فرد اتفاق بیفتد و واکنش احتمالی افراد به این رویداد و موقعیت‌ها ذکر شده است. از آزمودنی‌ها درخواست می‌شود، خود را در آن موقعیت تصور کرده و واکنش احتمالی به آن موقعیت را بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (اصلاً= ۱ تا خیلی زیاد= ۵) مشخص نمایند. ابعاد تحلیل عاملی توسط سازندگان مقیاس نشان می‌دهد که احساس شرم متشکل از زیر مقیاس‌های خودارزیابی منفی (موقعیت‌های ۱ الی ۴) و رفتار کناره‌جویانه (موقعیت‌های ۵ الی ۸) است. نمرات این پرسشنامه بین ۸ الی ۴۰ است و نقطه برش پرسشنامه، نمره ۲۴ است. کوهن و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که ضرایب آلفای مطلوبی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ برای این ابزار وجود دارد. در مطالعه جوکار و کمالی (۱۳۹۴) نیز به منظور تعیین پایایی این مقیاس، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب حاصله برای احساس شرم را برابر ۰/۵۱ گزارش کرده‌اند.

مقیاس خود سرزنش‌گری (Self-Criticism- Scale): به منظور بررسی خودسرزنش‌گری در بیماران تحت درمان نگهدارنده از پرسشنامه خودسرزنش‌گری (گیلبرت، کلارک، همپل، میلز و ایرونز، ۲۰۰۴) استفاده شد. این ابزار توسط گیلبرت و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه شد و حاوی ۲۲ گویه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم= ۰، کاملاً موافقم= ۴) است که وقتی شرایط برای افراد خوب پیش نمی‌رود، نحوه فکر و احساس در مورد خودشان را اندازه‌گیری می‌کند. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس، بین صفر تا ۸۸ در نوسان است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد، خودسرزنش‌گری او بیشتر است. سازندگان این مقیاس، آلفای کرونباخ آن را برای خود ناکافی ۰/۹۰ و برای خود متنفر و خود مطمئن ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند و روایی محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران، سعادت‌ی شامیر، مذبحی و مرزی (۱۳۹۷) ضمن تأیید روایی محتوایی ۰/۷۴ مقیاس در بین نمونه‌ای از معلمان، پایایی مقیاس را با استفاده از روش‌های ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۶۹ و ۰/۸۱ گزارش کردند.

معیار و در آمار استنباطی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مباحث جلسات مداخله درمانی در پژوهش حاضر مبتنی بر طرحواره درمانی یانگ (۱۳۹۹) بود که در ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای مورد استفاده قرار گرفت. فشرده محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

همچنین در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در آمار توصیفی، میانگین و انحراف

جدول ۱. فشرده مباحث جلسات طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۹)

جلسات	موضوع/اهداف	خلاصه محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی مقدماتی با درمان	بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار کلی جلسات، آموزش مفهوم طرحواره، تعریف مختصر طرحواره درمانی، بیان ارتباط بین طرحواره درمانی با تنظیم هیجانی و سومصرف مواد مخدر، برقراری رابطه با شرکت‌کنندگان و فراهم سازی زمینه اعتماد و تأکید بر رازداری، پاسخگویی به سؤالات و شبهات اعضا، تکمیل پیش‌آزمون.
دوم	معرفی طرحواره‌های ناسازگار	آموزش نیازهای هیجانی اساسی اولیه، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره و آموزش عملکرد طرحواره‌ها
سوم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد (۱)	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در اعضا جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها
چهارم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد (۲)	سنجش هر کدام از طرحواره‌های فرد و دادن بازخورد، بررسی پرسشنامه‌ها و آشنا کردن آن‌ها با طرحواره‌هایشان و تأثیر هر کدام بر زندگی اعضا، آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، معرفی کتاب کار «زندگی خود را دوباره بیافرینید» به افراد و ترغیب به مطالعه کتاب و مشخص کردن طرحواره‌های خودشان به‌عنوان تکالیف خانگی
پنجم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد (۳)	معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگو شکنی رفتاری، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها و آمادگی برای تغییر طرحواره‌ها، کمک به اعضا در تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره، بررسی تکالیف خانگی.
ششم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد (۴)	تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه تکمیل فرم‌های ثبت طرحواره، تکالیف خانگی
هفتم	اصلاح طرحواره‌های ناسازگار (۱)	معرفی مجدد راهبردهای تجربی و ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویرسازی ذهنی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه تکالیف خانگی با موضوع نوشتن نامه به والدین.
هشتم	اصلاح طرحواره‌های ناسازگار (۲)	توضیح مجدد و آموزش سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص اعضا به عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت بندی رفتارها جهت الگو شکنی رفتاری
نهم	اصلاح طرحواره‌های ناسازگار (۳)	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگو شکنی رفتاری، ارائه تکالیف خانگی
دهم	اصلاح طرحواره‌های ناسازگار (۴)	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، برقراری گفتگوی خیالی با والدین از طریق تکنیک صندلی خالی، بررسی روش‌های مؤثر درمدریبت هیجان‌ها و تکانه‌ها، آموزش شیوه درست ابراز خشم، تکالیف خانگی
یازدهم	تلاش برای سبک مقابله‌ای سالم	مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبلی درزمینه تغییر الگوهای رفتاری ناکارآمد. بررسی روش‌های مؤثر در ناکامی مرتبط با طرحواره‌ها و تلاش برای ایجاد سبک مقابله‌ای سالم برای به حداقل رساندن نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای
دوازدهم	اختتام	بررسی تمرینات انجام‌شده، جمع بندی جلسات و نتیجه‌گیری، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون، پاسخ به سؤالات اعضا

درمانی)، ۱۰/۰۱ ± ۳۹/۲۰ سال و برای گروه گواه، ۱۰/۲۵ ± ۳۷/۸۶ سال بود که براساس نتایج تی مستقل دو گروه از نظر سن، همتا بودند (۰/۳۶ = t؛ ۰/۷۲ = sig).

یافته‌ها
در بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان، نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه آزمایش (مداخله طرحواره

واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج به دست آمده، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. داده‌های پژوهش حاضر، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). علاوه بر این، جهت بررسی داده‌های پرت، از اکسپلور SPSS استفاده شد، که یافته‌ها حاکی از عدم وجود داده پرت بود. با توجه به این که پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در دو متغیر شرم و خودسرزنش‌گری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون، مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای شرم و خودسرزنش‌گری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف معیار	
شرم	پیش‌آزمون	۳۰/۹۳	۳/۰۱	۵/۹۳
	پس‌آزمون	۱۵/۲۰	۲/۷۳	۷/۱۱
	پیگیری	۱۴/۲۶	۲/۳۴	۷/۳۴
خود ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۰	۱/۶۵	۳/۱۹
	پس‌آزمون	۸/۸۶	۱/۹۹	۴/۲۱
	پیگیری	۸/۴۶	۲/۰۹	۴/۴۱
رفتار کناره‌جویانه	پیش‌آزمون	۱۲/۷۳	۳/۱۰	۳/۴۱
	پس‌آزمون	۶/۳۳	۱/۲۹	۳/۲۴
	پیگیری	۵/۸۰	۰/۷۷	۳/۷۷
خوداعتمادی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۶/۴۳	۴/۵۲
	پس‌آزمون	۲۶/۲۶	۳/۲۱	۴/۵۵
	پیگیری	۲۹	۳/۰۲	۴/۳۰
خودسرزنش‌گری	پیش‌آزمون	۴۳/۰۶	۷/۸۶	۹/۰۱
	پس‌آزمون	۱۹/۲۶	۵/۶۱	۹/۲۵
	پیگیری	۱۸/۹۳	۵/۲۱	۸/۱۸

رعایت نشده است، بنابراین برای تفسیر نتایج از ضریب هوین-فلت استفاده شده است.

در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر شرم، خودسرزنش‌گری و مؤلفه‌های مرتبط با آن‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

قبل از اجرای تحلیل واریانس آمیخته، نتیجه پیش‌فرض کرویت ماچلی، جهت بررسی همسانی ماتریس کواریانس نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است که با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی مشاهده می‌شود که این پیش‌فرض برای متغیرهای پژوهش برقرار نمی‌باشد. بر اساس نتایج جدول ۳، با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای متغیرها مشاهده می‌شود که پیش‌فرض کرویت برای هیچ کدام از آن‌ها

جدول ۳. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی کروییت متغیرهای پژوهش

متغیر	W موجلی	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون گرین هاوس-گیسر	اپسیلون هاین-فلت
شرم	۰/۱۹۴	۴۴/۲۶۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۰/۵۸۱
خودارزیابی منفی	۰/۳۲۳	۳۰/۵۴۹	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۰/۶۳۰
رفتار کناره جویانه	۰/۳۷۹	۲۶/۲۱۸	۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷	۰/۶۵۴
خوداعتمادی	۰/۶۲۲	۱۲/۸۱۴	۲	۰/۰۰۲	۰/۷۲۶	۰/۷۸۲
خود سرزنش‌گری	۰/۶۵۷	۱۱/۳۳۷	۲	۰/۰۰۳	۰/۷۴۵	۰/۸۰۵

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	درجه آزادی	MS خطا	آماره F	P	مجذور اتا
شرم	گروه‌ها	۱۶۹۸/۶۷۸	(۱ و ۲۸)	۵۹/۰۴۰	۲۸/۷۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۷
	مراحل	۱۳۱۹/۸۸۴	(۱/۱۰۷ و ۳۱/۰۱۰)	۱۹/۷۹۰	۶۶/۶۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	تعامل مراحل با گروه	۱۰۶۲/۹۶۶	(۱/۱۰۷ و ۳۱/۰۱۰)	۱۹/۷۹۰	۵۳/۷۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
خود ارزیابی منفی	گروه‌ها	۴۹۰/۰۰۰	(۱ و ۲۸)	۲۳/۵۸۹	۲۰/۷۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
	مراحل	۴۵۱/۰۲۳	(۱/۱۹۲ و ۳۳/۳۸۴)	۴/۷۸۲	۹۴/۳۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	تعامل مراحل با گروه	۳۱۸/۰۹۶	(۱/۱۹۲ و ۳۳/۳۸۴)	۴/۷۸۲	۶۶/۵۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
رفتار کناره‌جویانه	گروه‌ها	۳۶۴/۰۱۱	(۱ و ۲۸)	۱۴/۹۱۳	۲۴/۴۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
	مراحل	۱۸۴/۲۳۵	(۱/۲۳۴ و ۳۴/۵۴۰)	۷/۵۲۵	۲۴/۴۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
	تعامل مراحل با گروه	۱۷۸/۴۷۰	(۱/۲۳۴ و ۳۴/۵۴۰)	۷/۵۲۵	۲۳/۷۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
خوداعتمادی	گروه‌ها	۱۳۶۸/۹۰۰	(۱ و ۲۸)	۲۹/۳۱۹	۴۶/۶۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	مراحل	۶۲۳/۶۶۱	(۱/۴۵۲ و ۴۰/۶۴۳)	۲۱/۳۷۰	۲۹/۱۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۰
	تعامل مراحل با گروه	۳۹۴/۶۶۲	(۱/۴۵۲ و ۴۰/۶۴۳)	۲۱/۳۷۰	۱۸/۴۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
خود سرزنش‌گری	گروه‌ها	۲۲۹۰/۱۷۸	(۱ و ۲۸)	۱۱۳/۰۵۶	۲۰/۲۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	مراحل	۲۴۰۵/۴۸۰	(۱/۴۸۹ و ۴۱/۷۰۲)	۴۲/۹۹۵	۵۵/۹۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
	تعامل مراحل با گروه	۱۵۱۹/۵۱۵	(۱/۴۸۹ و ۴۱/۷۰۲)	۴۲/۹۹۵	۳۵/۳۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۸

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تأثیر گروه بر متغیرهای پژوهش معنادار است. بنابراین می‌توان بیان کرد بین میانگین نمرات ذکر شده بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان بر تمامی متغیرهای پژوهش معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که چشم‌پوشی کردن از گروه مداخله در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی بین زمان و گروه برای تمامی متغیرهای پژوهش معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. بنابراین تأثیر عامل زمان را در گروه‌های مداخله و گواه به صورت جداگانه در جداول ۵ و ۶ آمده است.

همان‌طور که نتایج جداول ۵ و ۶ نشان می‌دهند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میزان شرم، مؤلفه‌های آن و خودسرزنش‌گری در گروه مداخله با

اختلاف معنی‌داری کمتر از گروه گواه بوده است. در مقیاس خوداعتمادی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره گروه مداخله با اختلاف معنی‌داری بیشتر از گروه گواه بوده است. نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه مداخله طرحواره درمانی، تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در شرم، مؤلفه‌های آن و مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری در معتادین با درمان نگهدارنده با متادون وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمره خوداعتمادی در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است. همچنین میانگین نمرات شرم، مؤلفه‌های آن و خودسرزنش‌گری در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱، بهار (فروردین) ۱۴۰۲

جدول ۵. یافته‌های مربوط به آزمون مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و گواه

متغیر	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
شرم	پیش آزمون	۱/۵۳۳	۱/۵۶۵	۰/۹۹۸
	پس آزمون	-۱۳/۴۶۷*	۱/۸۷۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۴/۱۳۳*	۱/۸۷۷	<۰/۰۰۱
خود ارزیابی منفی	پیش آزمون	۱/۱۳۳	۰/۸۵۵	۰/۵۷۶
	پس آزمون	-۷/۳۳۳*	۱/۱۳۸	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۷/۸۰۰*	۱/۱۸۵	<۰/۰۰۱
رفتار کناره‌جویانه	پیش آزمون	۰/۴۰۰	۱/۰۷۶	۱
	پس آزمون	-۶/۱۳۳*	۰/۸۶۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۶/۳۳۳*	۰/۹۲۴	<۰/۰۰۱
خوداعتمادی	پیش آزمون	۰/۶۶۷	۱/۹۳۴	۱
	پس آزمون	۱۱/۲۰۰*	۱/۴۳۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۵۳۳*	۱/۳۶۴	<۰/۰۰۱
خود سرزنش‌گری	پیش آزمون	۴/۰۶۷	۲/۶۶۹	۰/۴۰۵
	پس آزمون	-۱۷/۹۳۳*	۲/۷۶۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۶/۴۰۰*	۲/۴۳۶	<۰/۰۰۱

جدول ۶. یافته‌های مربوط به آزمون مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در عامل زمان

متغیر	مراحل	مداخله اصلاح سوگیری توجه		گواه	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری		اختلاف میانگین
شرم	پیش آزمون	۱۵/۷۳۳*	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۰/۶۰۴
	پیگیری	۱۶/۶۶۷*	<۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۵۱۲
	پس آزمون	۰/۹۳۳	۰/۰۵۱	۰/۲۶۷	۰/۵۱۳
خود ارزیابی منفی	پیش آزمون	۹/۳۳۳*	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۲۲۳
	پیگیری	۹/۷۳۳*	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۰/۳۰۴
	پس آزمون	۰/۴۰۰	۰/۳۳۶	-۰/۰۶۷	۰/۸۰۷
رفتار کناره‌جویانه	پیش آزمون	۶/۴۰۰*	<۰/۰۰۱	-۰/۱۳۳	۰/۸۸۱
	پیگیری	۶/۹۳۳*	<۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	۰/۸۳۸
	پس آزمون	۰/۵۳۳	۰/۳۳۶	۰/۳۳۳	۰/۳۸۲
خوداعتمادی	پیش آزمون	-۱۰/۳۳۳*	<۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	۰/۹۰۲
	پیگیری	-۱۳/۰۶۷*	<۰/۰۰۱	-۲/۲۰۰	۰/۱۹۹
	پس آزمون	-۲/۷۳۳*	۰/۰۰۳	-۲/۴۰۰	۰/۰۶۷
خود سرزنش‌گری	پیش آزمون	۲۳/۸۰۰*	<۰/۰۰۱	۱/۸۰۰	۰/۳۳۲
	پیگیری	۲۴/۱۳۳*	<۰/۰۰۱	۳/۶۶۷	۰/۱۶۹
	پس آزمون	۰/۳۳۳	۱	۱/۸۶۷	۰/۲۶۹

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین با درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه مداخله طرحواره‌درمانی، نمرات

پس آزمون و پیگیری خود سرزنش‌گری، شرم و مؤلفه‌های آن‌ها در مقایسه با نمرات پیش آزمون به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. همچنین تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد، که این روند نشان دهنده تداوم اثربخشی مداخله در

مرحله پیگیری است. در رابطه با اثربخشی درمان استفاده شده در مطالعه حاضر بر خودسرزنش‌گری و احساس شرم افراد تحت درمان نگهدارنده پژوهش همسویی یافت نشد؛ با این حال این یافته با نتایج پژوهش طارق و جمیل (۲۰۲۰) که نشان دادند خودسرزنش‌گری با رفتار سومصرف مواد در زنان و مردان مرتبط است، لوما و همکاران (۲۰۱۹) و گرجی و همکاران (۱۳۹۹) که در یک فراتحلیل نشان دادند احساس شرم، مصرف بیشتر مواد را پیش‌بینی می‌کند و مصرف مواد در زمینه‌های خاص باعث احساس شرمندگی می‌شود، و همچنین نخعی شامحمود و همکاران (۱۳۹۸) که نشان دادند، طرحواره درمانی گروهی می‌تواند موجب بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف‌کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون شود، به صورت ضمنی همسو و هم جهت است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنش‌گری افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، با توجه به این که مطالعات مختلف نشان داده‌اند، خودسرزنش‌گری یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به مواد مخدر است، می‌توان گفت که با دریافت مداخلات طرحواره درمانی، افراد مبتلا به اعتیاد از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه انتقادات و به ویژه سرزنش‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آن‌ها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین «خود» و انتقاداتی که نسبت به «عملکرد خود» ابراز می‌نمایند، تمایز قایل شوند و در نهایت به کمک همین تفکیک است که افراد توانمند می‌شوند تا خودسرزنش‌گری را به عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (گیلبرت، ۲۰۱۰). در تبیین دیگر این یافته، بر اساس مبانی طرحواره درمانی می‌توان گفت، فرد به کمک این روش درمانی، نسبت به گذشته جرأت‌مندی بیشتری کسب کرده و می‌تواند چرخه معیوب سرزنش خود و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را زیر سؤال برده و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازیابی کند (هوپوود و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین کاهش خودسرزنش‌گری باعث می‌شود که افراد نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای مهارت‌های مرتبط با طرحواره درمانی نیز موجب می‌شود تا میزان خود سرزنش‌گری در افراد مبتلا به اعتیاد به طور معنی‌داری کاهش یابد. به طور کلی طرحواره درمانی شامل استفاده از

تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به درمانجویان از جمله افراد مبتلا به اعتیاد کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانانگیز و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخلات طرحواره درمانی، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانانگیز، با به کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌ها به آموزش افراد تحت درمان نگهدارنده دارای خودسرزنش‌گری بالا برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و آن‌ها را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به کاهش میزان خودسرزنش‌گری نسبت به خود و دیگران می‌شود (شوری، استوارت و اندرسون، ۲۰۱۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی بر احساس شرم بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر است. تکنیک‌های طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتری برخوردار شوند و نگاه مشفقانه‌ای را برای خود و دیگران داشته باشند. افراد در این مداخله یاد می‌گیرند در تجربه اتفاقات ناخوشایند، تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند و این خود باعث بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب در آن‌ها خواهد شد (هوپوود و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین زمانی که بیماران بتوانند نسبت به خطاهای خود نگاهی مناسب‌تری داشته باشند و خود و دیگران را راحت‌تر ببخشند، احساس شرم کمتری در آن‌ها گزارش می‌شود. همچنین می‌توان این نتیجه را این گونه تبیین کرد از آنجایی که طرحواره درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش اضطراب و افسردگی فرد داشته باشد (ون ویجک هربرینک و همکاران، ۲۰۲۱)، فرد بیش بهتری نسبت به واقعیت خود پیدا کرده و احساس گناه کمتری را تجربه می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان و واحد بودن پژوهشگر و درمانگر اشاره کرد که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش داده باشد. همچنین

پژوهش بر اساس رضایت شخصی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی و رازداری به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام گرفته است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم نیز به عنوان استاد مشاور در این پژوهش، نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش که با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) استفاده شد. این ابزارها دارای محدودیت‌های متعدد (از قبیل خطاهای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری آزمودنی‌ها) هستند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری مانند مشاهده و مصاحبه استفاده شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش خودسرزنش‌گری و احساس شرم معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون و با توجه به این که مطالعات نشان داده است، خودسرزنش‌گری و احساس شرم از همان ابتدا می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد سوق داده و او را در چرخه اعتیاد نگه دارد، پیشنهاد می‌شود طرحواره‌درمانی در مراکز درمان سومصرف مواد مورد استفاده قرار گیرد و در کنار سایر درمان‌های دارویی، غیردارویی و روانشناختی به مراجعه‌کنندگان ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.Semnan.REC.1401.035 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، انجام شده است. در مطالعه حاضر برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه توضیحات مختصر داده شد و شرکت‌کنندگان در

References

- عندلیبی، م. س.، اردانی، ع. ر.، امیری، ع.، مروتدار، ن.، طالی، ع.، آذرپژوه، م. ر.، و مخبر، ن. (۱۳۹۰). ارتباط بین اختلالات مصرف مواد و پیامد طولانی مدت سکت: نتایج یک مطالعه مبتنی بر جمعیت سکت مغزی در بین ۴۵۰۲۲۹ شهروند شهری. *نورواپیدمیولوژی*، ۳(۵۵)، ۱۷۱-۱۷۹.
- بهرام آبادیان، ف.، مجتبایی، م.، و ثابت، م. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و میل به تغییر در معتادان. *مجله علوم روانشناسی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۴۹-۱۸۶۳.
- بشارت، م.، حایری، م.، و مقدم زاده، ع. (۱۳۹۷). پیش بینی نقش ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در درمان دارویی، انگیزشی و ترکیبی (دارویی-انگیزشی) سوء مصرف مواد. *مجله علوم روانشناسی*، ۱۷(۶۵)، ۴۵-۲۱.
- سعادت، ع.، مزبوحی، س.، و مرزی، س. (۱۳۹۷). تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار مقیاس‌های خودانتقادی/اطمینان خاطر در معلمان. *فصلنامه سنجش تربیتی*، ۹(۳۴)، ۱۳۳-۱۴۷.

References

- Andalibi, M. S. S., Ardani, A. R., Amiri, A., Morovatdar, N., Talebi, A., Azarpazhooh, M. R., & Mokhber, N. (2021). The association between substance use disorders and long-term outcome of stroke: results from a population-based study of stroke among 450,229 urban citizens. *Neuroepidemiology*, 55(3), 171-179. <https://doi.org/10.1159/000514401>
- Bahram Abadian, F., Mojtabaie, M., & Sabet, M. (2021). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *Journal of psychologicalscience*, 20(106), 1849-1863. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849>
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Besharat, M., Hayeri, M., & Moghadamzade, A. (2018). Predicting role of alexithymia and perceived social support in medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment of substance abuse. *Journal of psychologicalscience*, 17(65), 21-45. <http://psychologicalscience.ir/article-1-106-fa.html>

- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive behaviors*, 82, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.023>
- Brummett, B. R. (2007). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment. <https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3286413>
- Coderre, E., Conklin, K., & van Heuven, W. J. (2011). Electrophysiological measures of conflict detection and resolution in the Stroop task. *Brain research*, 1413, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2011.07.017>
- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947-966. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
- Deak, J. D., Zhou, H., Galimberti, M., Levey, D., Wendt, F. R., Sanchez-Roige, S., ... & Gelernter, J. (2021). Genome-wide association study and multi-trait analysis of opioid use disorder identifies novel associations in 639,709 individuals of European and African ancestry. *medRxiv*, 2021-12. <https://doi.org/10.1101/2021.12.04.21267094>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Gilbert, P. (2017). A brief outline of the evolutionary approach for compassion focused therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, 3 (6), 218-227. <https://core.ac.uk/download/pdf/148791682.pdf>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 563-576. <https://doi.org/10.1348/014466509X479771>

- Gorgi Y, Tabaeian S M, Shokrolahi M. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Self-Concept, Self-Acceptance and Self-Criticism in Women with Substance Use Disorders. *Etiadpajohi*, 14 (58):73-88. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2407-en.html>
- 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. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1015-1030. <https://doi.org/10.1353/sor.2003.0056>
- Hopwood, C. J., Pincus, A. L., & Wright, A. G. (2019). The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention. *Using basic personality research to inform personality pathology*, 94-121. <https://doi.org/10.1093/medpsych/9780190227074.003.0005>
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798-1809. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.10.1798>
- Jokar, B., & Kamali, F. (2015). Relation Between Spirituality and the Feeling of Shame and Sin. *Culture in The Islamic Univwesity*, 5(14), 3-20. https://ciu.nahad.ir/article_254.html?lang=en
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166. <https://doi.org/10.1037/a0032355>
- Luoma, J. B., Chwyl, C., & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 70, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002>
- Mahu, I. T., Conrod, P. J., Barrett, S. P., Sako, A., Swansburg, J., Lawrence, M., ... & Stewart, S. H. (2019). Specificity of personality relationships to particular forms of concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients. *Addictive Behaviors*, 98, 106056. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106056>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other as Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and individual differences*, 74, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.037>
- Meckel, K. R., & Kiraly, D. D. (2019). A potential role for the gut microbiome in substance use disorders. *Psychopharmacology*, 236(5), 1513-1530. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05232-0>
- Nakhee Shamahmood, A. A., Arab, A., & Farnam, A. (2019). The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schema of traditional and industrial addicts under methadone treatment. *Journal of psychologicalscience*, 18(82), 1191-1201. <http://psychologicalscience.ir/article-1-480-fa.html>
- Ross, N. D., Kaminski, P. L., & Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child abuse & neglect*, 92, 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.016>
- Saadati, A., Mazboohi, S., & MARZI, S. (2018). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale among teachers. *Quarterly of Educational Measurement*, 9(34), 133-147. <https://doi.org/10.22054/jem.2019.20805.1520>
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 21-28. <https://doi.org/10.1002/cpp.1803S>
- tearns, D. C., & Parrott, W. G. (2012). When feeling bad makes you look good: Guilt, shame, and person perception. *Cognition & emotion*, 26(3), 407-430. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.675879>
- Stockton, M. A., Mughal, A. Y., Bui, Q., Greene, M. C., Pence, B. W., Go, V., & Gaynes, B. N. (2021). Psychometric performance of the perceived stigma of substance abuse scale (PSAS) among patients on methadone maintenance therapy in Vietnam. *Drug*

- and alcohol dependence, 226, 108831.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108831>
- Tariq, M., & Jameel, R. (2020). Stigmatization, self-criticism and coping strategies of individual with substance abuse. *European Journal of Research in Social Sciences*, Vol, 8(4).
<http://www.idpublications.org/ejrss-vol-8-no-4-2020/>
- Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European journal of public health*, 31(Supplement_1), i3-i10.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>
- Tirandaz S, Akbari B. (2021). The Effects of Group Schema Therapy on Early Maladaptive Schemes and Psychological Adjustment in Females with Substance Abuse. *MEJDS*, 11:98-98
<https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.176>
- van Wijk-Herbrink, M. F., Arntz, A., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2021). A schema therapy based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive staff interventions, and team functioning. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 289-306.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1692758>
- Volkow, N. D., Han, B., Einstein, E. B., & Compton, W. M. (2021). Prevalence of substance use disorders by time since first substance use among young people in the US. *JAMA pediatrics*, 175(6), 640-643.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6981>
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000>