

Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on cognitive regulation of emotion adaptive strategies in psychoactive drug users

Samira seyedasiaban, PhD student

psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Gholam Reza Manshaei. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Parviz Asgary. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on cognitive regulation of emotion adaptive strategies in psychoactive drug users. The study was a Quasi-experimental research with pre-test and post-test with control group and a follow-up period of three months. The population consisted of patients who were used go to outpatient addiction treatment center affiliated with Welfare Organization in Ahvaz in 2014. From among this population, 60 were selected using accessibility sampling and were randomly divided into two experimental groups, schema therapy and mindfulness, and one control group. One experimental group received schema therapy for 10 sessions and each session lasted one hour and the second experimental group received mindfulness-based therapy for 8 sessions and session lasted for 45-minute. The subjects were evaluated with Garnefski (2002) Cognitive Regulation of Emotion Questionnaire before the initiation of treatment, the end of therapy sessions and the follow-up stages 3 months after treatment. The control group had no treatment at all. using Compare couple test (LSD) results showed that the use of Schema Therapy and Mindfulness is effective in psychoactive drug abuse. In other words, both the experimental group compared to the control group was significantly increased post-test and follow-up in adaptive strategies cognitive regulation of emotion at the level of ($p < 0/05$) show gave. The effects of schema group therapy were much greater than a greater than mindfulness. Accordingly, it can be concluded that the prevention of psychoactive drug users, focus schema therapy and mindfulness based on cognitive regulation of emotion adaptive strategies effective.

Keywords: schema therapy, mindfulness, cognitive regulation of emotion Adaptive strategies, family functioning, psychoactive drug users.

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک

سمیرا سیدآسیابان

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

غلامرضا منشی*

عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

پرویز عسگری

عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک بود. این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیماران بودند که برای ترک مواد محرک به مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۳ مراجعه نمودند. از میان آنها، ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای داده شدند. گروه آزمایشی طرح‌واره درمانی در طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته و گروه آزمایشی ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پیش از آغاز درمان، پایان جلسات درمان و همچنین مرحله پیگیری ۳ ماهه پس از درمان گروهی ارزیابی شدند. گروه گواه بدون هیچ درمان گروهی بودند. با استفاده از آزمون مقایسه زوجی (LSD) نتایج نشان داد به کارگیری طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی در سوءمصرف مواد محرک مؤثر است. به عبارتی هر دو گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش در راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را در سطح ($p < 0/05$) نشان دادند. همچنین هر دو با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند و گروه طرح‌واره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن آگاهی داشته است. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در پیشگیری از مصرف مواد محرک، تمرکز به رویکردهای طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، ذهن آگاهی، راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، مصرف‌کنندگان مواد محرک.

* نویسندهٔ مسؤول: smanshaee@yahoo.com

وصول: ۹۵/۰۵/۰۲ پذیرش: ۹۵/۰۵/۰۴

مقدمه

نباشد و باید به طرح‌واره‌های شناختی هیجان‌بیماران به‌خصوص طرح‌واره‌های شناختی ناسازگار اولیه به‌عنوان پایه‌ای‌ترین و ابتدایی‌ترین سطوح شناختی توجه بیشتر نمود (ریسو و دیو تویت^۷، ۲۰۱۱). (گیلبرت و لیهی^۸، ۲۰۱۲، آوانتس، برتل و مارگولین^۹، ۲۰۰۹) دریافتند که تکنیک‌های طرح‌واره درمانی به فرد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ات خود آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. همچنین این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد. اسکین^{۱۰} (۲۰۱۰) بر اساس نتایج حاصله دریافت که طرح‌واره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای شناختی-هیجانی اساسی دلبستگی ایمن به دیگران (مانند نیاز به امنیت، بیان نیازها و هیجان سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری) از دوران کودکی به وجود آمده‌اند و این امر موجب اختلالاتی در منش فرد و گرایش فرد به انجام رفتارهای پرخطر همچون استفاده از مواد مخدر می‌شوند. فیودالین، گرین اشتین و ابراین^{۱۱} (۲۰۱۰) در پژوهش دریافتند که مداخله‌های روان‌شناختی (طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی) بخش اجتناب‌ناپذیر درمان اعتیاد هستند؛ زیرا این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود.

در پژوهش‌های (مارون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵، چانک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱، میت ماسگروبر، بک، هافر و اسپابلر^{۱۴}، ۲۰۱۱، مک کای، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ^{۱۵}، ۲۰۱۱) دریافتند که با آموزش روش‌های شناختی مانند ذهن‌آگاهی می‌توان راهبردهای مثبت تنظیم شناختی-هیجان^{۱۶} را که به‌عنوان یک سازوکار حمایت‌کننده اجتماعی عمل می‌کند را افزایش دهد. در پژوهش‌های (بائر^{۱۷}، ۲۰۱۴، مال‌تر^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۴؛ وای تکی ویکز و بروس^{۱۹}، ۲۰۱۳) نتایج نشان داد آموزش

اعتیاد پدیده‌ای روانی اجتماعی است که نمی‌توان آن را فقط با اتکا به روش‌های قهرآمیز، کنترل یا ریشه‌کن نمود و این کار به تدابیر علمی‌تری نیازمند است (بهرامی، ۱۳۹۳). یکی از الگوهای مداخله‌های روان‌شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگودهی روان‌شناختی^۱ از جمله آموزش‌های طرح‌واره درمانی^۲ و ذهن‌آگاهی^۳ است که بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های لازم به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روان‌شناختی همراه، تمرکز دارد (میلر، ویلبورن و هتاما^۴، ۲۰۰۳). بسیاری از درمان‌جویان دچار سوء‌مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آنها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره لذت طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است که ممکن است در دوره کودکی فرد شکل گرفته باشند (بک، رایت، نیومن و لایز^۵، ۱۹۹۳، به نقل از جنکیز، ۲۰۰۹). طرح‌واره درمانی، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای تنظیم شناختی هیجان افراد مصرف‌کننده مواد مناسب است زیرا مصرف مواد محرک موجب تغییر در سطح هوشیاری شده و تمایلات عاطفی و احساسی فرد را افزایش کاذب می‌دهد (ولن ویدر، لیچتی، گاما، گریر و گیر^۶، ۲۰۱۲). در مصرف‌کنندگان مواد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در بروز و تداوم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مؤثر باشند که در طرح‌واره درمانی بیماران یاد می‌گیرند سبک مقابله‌ای کارآمد را جانشین سبک مقابله‌ای ناکارآمد کنند؛ بنابراین فرآیند درمان مبتنی بر مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است. به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان، تأکید بر محتوا و فرآیندهای پردازش فکری و کار کردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای هسته‌ای بیماران (که در شناخت درمانی مدنظر هستند) کافی

1. Psychological patterning
3. Mindfulness
5. Beck, Wright, Newman & Liese
7. Riso & Du Toit
9. Avants, Beitel & Margoline
11. Farrell, Shaw & Webber
13. Chung
15. McKay, Franklin, Patapis & Lynch
17. Baer
19. Witkiewitz & Bowen

2. Schema Therapy
4. Miller, Willbourne & Hettema
6. Vollenweider, Liechti, Gamma, Greer & Geyer
8. Gilbert & Leahy
10. Skeen
12. Morone
14. Mitmansgruber, Horst, Beck, Höfer & Schubler
16. Cognitive-emotional adjustment
18. Marlatt

مواد مخدر و پریشانی روان‌شناختی وجود دارد. افراد مصرف‌کننده مواد حداقل در دوره‌ای از زندگی‌شان، در برخورد با مشکلات بجای مقابله سازگاران با مسائل، سعی کرده‌اند به روش‌های مختلف مانند پناه بردن به الکل و مواد مخدر و سایر راهبردهای ناکارآمد روی آورند و از رویارویی با مشکلات اجتناب کنند و همین چرخه معیوب، از معنادان افرادی با خودکارآمدی پایین و عدم پذیرش واقعیت‌ها موجود ساخته است؛ که می‌توان با آموزش طرح‌واره درمانی به آنان، طرح‌واره‌های سالمی را که عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است را افزایش داد و به فرد راهکارهای مقابله مؤثر در برخورد با سوءمصرف مواد مخدر نشان داد. لذا با توجه به تغییر الگوی مصرف مواد مخدر و استقبال افراد از این مواد، انجام تحقیق و پژوهش در عرصه درمان برای پیشگیری از عود مصرف مواد محرک ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، این مطالعه دو فرضیه اصلی داشت: ۱. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان دو گروه طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. ۲. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان دو گروه طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد. ۳. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان دو گروه طرح‌واره درمانی و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. ۴. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان دو گروه طرح‌واره درمانی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد. ۵. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان دو گروه ذهن‌آگاهی و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. ۶. بین میانگین‌های راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان گروه ذهن‌آگاهی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

پژوهش از نوع شبه آزمایشی و از نوع گسترش یافته چندگروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل) بوده است. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که

ذهن‌آگاهی به افراد که زمانی مواد مصرف کرده بودند، باعث می‌شود که بیمار به‌جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آنها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدایی با آنها کنار بیاید. همچنین بخشی از این تغییرات آن می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهاد شده در روش تفکر نظاره‌ای مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم شناختی-هیجان باشد.

همچنین الگوی زیستی-روانی-اجتماعی مصرف مواد، کاهش راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجانی را در تداوم و عود مصرف مؤثر دانسته و آن را پیامدهای در نظر می‌گیرد. تأکید قابل توجه بر راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجانی در بروز، حفظ و درمان اعتیاد توسط پژوهش‌های هیلی؛ استانتون؛ مینوچین^۱ و دیگران مورد تأیید قرار گرفته است (نقل پلاتر و کلی^۲، ۲۰۱۲). در این راستا آموزش‌های روان‌شناختی همچون ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش-تعهد به افراد کمک می‌کند که علاوه بر کاهش نشانگان اعتیاد بر چگونگی برخورد با افراد جامعه عامل تأثیرگذار باشد. نتایج حاصله در پژوهش (افشاری، زارع، معین، نظیری و نقوی، ۱۳۹۰، طوفانی و جوانبخت، ۱۳۹۱، عبدالله پور، ۱۳۹۱) نشان داد که طرح‌واره درمانی گروهی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد درمانی مناسب در بهبود علائم اختلال شخصیت، علائم جسمانی، به تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فرد تأثیرگذار باشد و بر پیشرفت درمان افراد وابسته به مواد و ارتباطات اجتماعی آنان را افزایش دهد. در پژوهشی سهرابی (۱۳۹۰) دریافت که افراد مصرف‌کننده مواد مخدر نسبت به افراد عادی از کمترین میزان راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان برخوردارند؛ که نشان می‌دهد معنادان در بدترین شرایط روانی به سر می‌برند و نیازمند آموزش‌های روان‌شناختی همچون ذهن‌آگاهی برای افزایش راهبردها می‌باشند. کینمان و گرانت^۳ (۲۰۱۰) رابطه منفی معنی‌داری میان راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجانی و گرایش به مصرف مجدد

1. Hili, Stanton & Minochi
3. Kinman & Grant

2. Platter, A.J., Kelley, M.L

ناسازگار تنظیم شناختی هیجان (ملامت خود ۰/۶۲، نشخوار ذهنی ۰/۵۹، فاجعه سازی ۰/۷۷ و ملامت دیگران ۰/۵۶ بود (بشارت، ۱۳۹۰). علاوه بر آن در این مطالعه، روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین در پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵ و ضریب پایایی محاسبه شده با استفاده از روش اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب برابر است با ۰/۸۵ و ۰/۸۵ بود. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است: احساس می‌کنم در مورد یک اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم مقصرم.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

روند اجرای پژوهش چنین است که پس از گمارش تصادفی اعضای نمونه در گروه‌ها، پیش‌آزمون اجرا، سپس به شیوه درمان گروهی متغیرهای مستقل طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی به مدت حداقل ۱۰ جلسه یک‌ساعته (هفته‌ای یک جلسه) بر متغیر تنظیم شناختی هیجان اعمال گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از داشتن سن بین ۱۹ تا ۴۰ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV^۲ گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان. بعد از این مراحل پس‌آزمون اجرا و پس از ۳ ماه پیگیری لازم، گروه‌های موجود در پژوهش، ابزارهای پژوهش را دوباره تکمیل نمودند. برخی از ویژگی‌های اعضای نمونه برحسب سن، زیر ۲۰ سال ۳۵ درصد نمونه، بین ۲۰ تا ۳۰ سال ۴۵ درصد نمونه و بالای ۳۰ سال ۲۰ درصد نمونه را تشکیل می‌دهند. همچنین برحسب وضعیت شغلی، بیکار ۳۱/۷ درصد نمونه، کارگر ۲۵ درصد نمونه و کارمند ۲۸/۳ درصد نمونه و آزاد ۱۵ درصد نمونه را تشکیل می‌دهند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است. همچنین لازم به ذکر است در این پژوهش، به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون مقایسه زوجی (LSD) استفاده شد.

برای ترک مواد افیونی به مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۳ مراجعه نمودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از افراد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد تعدادی انتخاب شدند. به همه افراد جامعه هدف پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده داده شد که از میان آنهایی که در فرایند تکمیل ابزارهای پژوهش نمرات پایین‌تری را کسب نمودند ۶۰ نفر بیمار مرد متأهل با تشخیص وابستگی به مواد محرک انتخاب شده. سپس از این تعداد به صورت گمارش تصادفی، گروه‌های آزمایشی ۴۰ نفر (که هر یک از دو گروه آزمایش خود به گروه ۲۰ نفره) و یک گروه کنترل ۲۰ نفر جایگیری گردید؛ زیرا طبق دیدگاه‌های و پژوهش‌های به عمل آمده توسط دلاور (۱۳۸۷)، سرمد، بازرگان و حجازی (۱۳۸۷) و بیابانگرد (۱۳۸۹)، تعداد گروه آزمایش ۱۵ نفر ذکر شده است.

ابزار سنجش

الف) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: توسط گارنفسکی^۱ و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده است و دارای ۳۶ ماده است؛ که ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) است. در مطالعه بشارت (۱۳۹۰) روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات پرسشنامه اضطراب بک بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸، با میانگین ۰/۵۶ بوده؛ و همچنین در بررسی مقدماتی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($n=368$) ۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد، ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $T=0/57$ تا $T=0/76$ محاسبه شد. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش ۰/۴۸، تمرکز مثبت مجدد ۰/۵۵، تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی ۰/۷۶، ارزیابی مثبت ۰/۷۷ و برنامه‌ریزی ۰/۷۵) و راهبردهای

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتوای جلسات

<p>الف) طرح‌واره درمانی: ۱. برقراری ارتباط درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقا مشکل. ۲. آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اعتیاد، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی. ۳. بررسی افکار، پیش‌آیندها و پس‌آیندها، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین. ۴. شناسایی افکار تحریف‌شده ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی. ۵. اصلاح افکار ناکارآمد تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی. ۶. آموزش الگوی طرح‌واره محور، آموزش الگوی طرح‌واره درمانی و مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب طرح‌واره‌ها. ۷. شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرح‌واره‌ای. ۸. اصلاح طرح‌واره استفاده از تکنیک‌های هیجانی بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه هیجانی. ۹. اصلاح طرح‌واره‌ها استفاده از تکنیک‌های رفتاری حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرح‌واره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم. ۱۰. اصلاح طرح‌واره استفاده از تکنیک‌های شناختی بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرح‌واره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرح‌واره‌ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرح‌واره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرح‌واره‌ها.</p> <p>ب) ذهن‌آگاهی: ۱. گرفتن پیش‌آزمون تنظیم خط و مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ دعوت شرکت‌کنندگان به معرفی خود، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول. ۲. اجرای مرور بدن به صورت روزانه، اجرای تنفس عمیق به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه هر روز، یک فعالیت جدید را انتخاب کرده و آن را به صورت ذهن‌آگاهانه انجام دهید، گزارش تمرین خود را در برگه ثبت تکلیف وارد کرده و اگر مشکل یا نکته‌ای، پیش آمد آن را توضیح دهید. ۳. با تمرین دیدن و شنیدن آغاز شد. در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضای و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می‌شود. بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی انجام شد؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. پس از این تمرین، یکی از تمرین‌های حرکات ذهن‌آگاه بدن انجام شد. ۴. با مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز (Sitting meditation with four focuses) نامیده می‌شود، آغاز شد. در ادامه در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم‌زدن ذهن‌آگاه تمرین شد. ۵. در ابتدای جلسه پنجم، از شرکت‌کنندگان خواسته شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن‌آگاه بدن ارائه و اجرا شد. ۶. با تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای آغاز شد. تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی بحث شدند. تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون ارائه شد: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت، پی‌درپی ارائه شد. ۷. جلسه هفتم با مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، آغاز می‌گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ در ادامه تمرینی ارائه می‌شود که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه‌ای انجام شد. ۸. این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز شد. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام شد. سپس در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.</p>	<p>یافته‌ها</p> <p>برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و همچنین مقایسه نمرات میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای</p>
--	--

بررسی شده در این پژوهش ابتدا شاخص استنباطی به دست آمده را با توجه به جدول ۲ بررسی گردید.

(پذیرش، تمرکز مثبت مجدد، تمرکز مثبت برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی) در گروه‌های آزمایش شده است؛ بنابراین فرضیه در تمام ابعاد تحقیق تأیید می‌گردد. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین راهبردهای سازگاران و ابعاد آن در گروه آموزش طرح‌واره درمانی کمتر از گروه آموزش ذهن‌آگاهی و در گروه ذهن‌آگاهی کمتر از گروه کنترل بوده؛ به عبارت دیگر، اثربخشی آموزش طرح‌واره درمانی بر بهبود راهبردهای سازگاران و ابعاد بیشتر از آموزش ذهن‌آگاهی بوده است.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) وجود دارد؛ به عبارت دیگر، گروه‌های آزمایشی با توجه به میانگین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل موجب افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی LSD در متغیر راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) برای گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در پیگیری

متغیر	گروه‌ها	میانگین	sig
پذیرش	طرح‌واره با ذهن‌آگاهی	۱/۸۰	۰/۰۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با کنترل	۷/۱۳	۰/۰۰۰۱
	ذهن‌آگاهی با کنترل	۵/۳۳	۰/۰۰۰۱
تمرکز مجدد مثبت	طرح‌واره با ذهن‌آگاهی	۰/۶۵	۰/۰۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با کنترل	۵/۷۰	۰/۰۰۰۱
	ذهن‌آگاهی با کنترل	۵/۰۵	۰/۰۰۰۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	طرح‌واره درمانی با ذهن‌آگاهی	-۰/۲۴	۰/۰۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با کنترل	۳/۹۲	۰/۰۰۰۱
	ذهن‌آگاهی با کنترل	۳/۹۵	۰/۰۰۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	طرح‌واره با ذهن‌آگاهی	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با کنترل	۵/۴۰	۰/۰۰۰۱
	ذهن‌آگاهی با کنترل	۵/۳۶	۰/۰۰۰۱
برنامه‌ریزی	طرح‌واره با ذهن‌آگاهی	۰/۲۷	۰/۰۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با کنترل	۴/۳۷	۰/۰۰۰۱
	ذهن‌آگاهی با کنترل	۴/۱۰	۰/۰۰۰۱

تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) در گروه‌های آزمایش شده است؛ بنابراین فرضیه در تمام ابعاد تحقیق تأیید می‌گردد. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین راهبردهای سازگاران و ابعاد آن در گروه آموزش طرح‌واره درمانی کمتر از گروه آموزش ذهن‌آگاهی و در گروه آموزش ذهن‌آگاهی کمتر از گروه کنترل بوده؛ به عبارت دیگر، اثربخشی آموزش طرح‌واره درمانی بر بهبود راهبردهای سازگاران و ابعاد بیشتر از آموزش ذهن‌آگاهی بوده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی در پیگیری تفاوت معنی‌داری از لحاظ راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) وجود دارد؛ به عبارت دیگر، گروه‌های آزمایشی با توجه به میانگین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی) آنان نسبت به میانگین گروه کنترل موجب افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش،

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک در میان افراد خود معرف به مرکز بهزیستی شهرستان اهواز انجام شد. نتایج آزمون مقایسه زوجی (LSD) نشان داد که نمرات راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی - هیجان مصرف‌کنندگان مواد محرک در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همچنین بین دو روش آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ و گروه طرح‌واره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی داشته است. این نتیجه، در راستای یافته‌های قبلی (آوانتس و همکاران، ۲۰۰۹، فیودر الاین و همکاران، ۲۰۱۰، کینمان و گرانت، ۲۰۱۰، چانک و همکاران، ۲۰۱۱، میت ماسگروبر و همکاران، ۲۰۱۱، گیلبرت و لیهی، ۲۰۱۲، وای تکی ویکز و بروس، ۲۰۱۳، بانر، ۲۰۱۴، مال‌تر و همکاران، ۲۰۱۴، مارون و همکاران، ۲۰۱۵) قرار دارد. در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که در واقع هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند (ریو، ۲۰۰۵، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹). تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش‌های روان‌شناختی مانند طرح‌واره درمانی و ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به‌عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (همان منبع)؛ به عبارت دیگر، چون هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد که مواد مخدر به‌ویژه محرک‌ها استفاده می‌کنند به‌منظور تنظیم هیجان به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های وسوسه‌آمیز و استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، آموزش ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آنها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از سوق پیدا کردن به سمت مصرف مواد مخدر را داشته باشد.

می‌توان گفت که هر دو روش آموزشی به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌های مشابه نظیر آگاهی، پذیرش و بازسازی بن‌مایه‌های ناسازگار موجب تعدیل هیجان‌ات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در مصرف‌کنندگان مواد محرک می‌شود و این امر به‌نوبه خود می‌تواند در کاهش رفتارهای مصرفی آنان مؤثر افتد. همچنین مصرف‌کنندگان مواد محرک در موقعیت‌های مختلف زندگی چه در حالت‌های شادی و چه غم نمی‌توانند از هیجان‌ات خویش به‌صورت مفید استفاده نمایند و این امر موجب مشکلاتی دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به موقعیت اجتماعی، اضطراب و عملکردهای اجتماعی و خانوادگی نامناسب در آنان می‌شود که خود دلیلی بر گرایش مواد در آنان برای کاستن از این فشارهای عصبی می‌شود. در واقع می‌توان رفتارهای سوء مصرف مواد را به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی رشد نیافته در نظر گرفت که افراد با راهبردهای سازگارانه شناختی هیجانی پایین در مواجهه با موقعیت‌های مشکل به آن متوسل می‌شوند و درنهایت یکی از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌هاست. نارسایی‌های هیجانی در رویارویی افراد با حوادث تنش‌زا از هسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی است که افراد معتاد از مواد مخدر به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود استفاده می‌کنند. فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب، روابط گذرا و توانایی کمتر در حل تعارضات باعث مصرف مواد می‌شد که بر اساس پژوهش انجام شد توسط (میکلس^۱، ۲۰۰۹) برای شکست طرح‌واره‌ها و سازه‌های شناختی ناسالم افراد می‌توان از آموزش‌های شناختی همچون ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی استفاده گردد. همانند سایر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بوده است. محدود بودن جامعه آماری به مردان معتاد به مواد محرک مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهر اهواز امکان تعمیم نتایج به زنان را با محدودیت مواجه می‌کند. محدودیت بعدی مربوط به نمونه‌گیری در دسترس است که تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

- Astals, M., Díaz, L., Domingo, A., Santos, A., Bulbena, A. & Torrens M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program: An 18-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*: 1660-4601:2822-2832
- Avants, S. K., Beitel, M., & Margoline, A. (2009). *Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior*. Mental Health, Religion, and Culture, 8, 167-177.
- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review*. Clinical Psychology, Science and Practice, 10, 125-143.
- Chung T., Langenbucher J., Labouvie E., Pandina R.J., Moos R.H. (2011). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consult Clin Psychol.*; (69): 92-100.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). *Relapse prevention*. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 772 - 785). Philadelphia Lipincott, Williams, and Wilkins.
- Farrell, J.M., Shaw, I. A, Webber, M. A. (2010). Schema- Focused Approach to Group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality. *Journal of Engineering and Applied Sciences*. 3(13): 1297-1304.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). CERQ: *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Datec, Leiderdorp, The Netherlands.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P.h. (2001). *Negative life events, cognitive emotion regulation and depression*. Personality and Individual Differences, 30, 1311-1327.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2012). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & Van den Bree, M. B. M. (2013). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *ADDICTION*, 108(3), 487-96.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M., & Trafton, J. A. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1170-1175.
- Jenkins, S. S. (2009). *Informing therapeutic treatment and practice: A Study of Recovery Histories of Non-recidivists*. ProQuest.
- Kinman, G., Grant, L. (2010). *Exploring steers resilience in trainee social workers: The Role of Emotional and social competencies*. *Journal of Personality and Psychology*, 82, 1007-1022.
- Marlatt G.A., Bowen S., Chawla N., Witkiewitz K. (2014). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships*. In S. Hick and T. Bien

منابع

- افشاری، ر؛ زارع، ا؛ معین، ل؛ نظیری، ق و نقوی، م. (۱۳۹۰). تبیین میزان اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی گروهی بر اختلالات شخصی دسته B مردان وابسته به مواد. روش‌ها و مدل روان‌شناختی، سال اول، شماره چهارم، صفحه ۱۳۵-۱۱۹.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۵ و ۲۶، ۴۵-۵۴.
- بهرامی، ع. (۱۳۹۳). *اعتیاد و روند پیشگیری*. چاپ اول، تهران: انتشارات سمت، صفحه.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۸۸). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. چاپ پنجم. تهران نشر دوران.
- دلاور، ع. (۱۳۸۹). *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. چاپ دوم تهران: نشر رشد.
- ریو، جان مارشال. (۲۰۰۴). *انگیزش و هیجان*، مترجم سیدمحمدی یحیی، (۱۳۹۰)، چاپ سوم، تهران: انتشارات ویرایش.
- ساعتچی، م.، کامکاری، ک؛ و عسکریان، م. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*، چاپ سوم، تهران: نشر ویرایش.
- سجادی، م.، شریعتی فر، ن.، مطلبی، م.، عباس نژاد، ا؛ و ناظمی، ح. (۱۳۹۳). میزان آگاهی و نگرش نسبت به مواد روان‌گردان و شیوع سوءاستفاده از آن در دانشجویان دانشگاه گناباد، مجله *افتق دانش*، سال هشتم، ۱۵ (۳)، ۶۵-۵۸.
- سرمد، ز؛ و حجازی، ا. (۱۳۸۷). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. چاپ دوم، تهران: انتشارات آگاه.
- سهرابی، ن. (۱۳۹۰). بررسی میزان سلامت روانی و تیندگی در معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی، مجله *روان‌شناسی اعتیاد پژوهی*، سال نهم، ۸ (۳۰)، ۱۸۲ - ۱۷۳.
- طوفانی، ح؛ و جوانبخت، م. (۱۳۹۱). شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم. *مجله اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ص ۵۵ تا ۶۵.
- عبدالله پور، م. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش طرح‌واره درمانی بر عزت‌نفس، عملکرد خانواده و سلامت روان دانش‌آموزان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، واحد علوم و تحقیقات اهواز.
- کفراشی، س. (۱۳۸۷). *آموزش خانواده در اعتیاد*. سایت کلینیک تخصصی ترک اعتیاد آینده.
- لوکارینی، ت. (۲۰۰۳). *جوانان و اعتیاد*. ترجمه مهشید بهروزی (۱۳۸۹)، چاپ دوم، تهران: انتشارات امیرکبیر.

- (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Mc-Kay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. American Psychological Association.
- McKay, J.R., Franklin, T.R., Patapis, N. & Lynch, A. (2011). *Conceptual, methodological, and analytical issues in the studies of relapse*. *Clin Psychol Rev.*; (26): 109-127.
- Mikels J,t.(2009). *Happiness unpacked: positive emotions increase Life satisfaction by building resilience*. American Psychological Association; 9(3):361-68.
- Mitmansgruber, H., Beck, N., Thomas, H., Stefan, A., & Schubler, G. (2011). *When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta- emotion in emotion regulation, Personality and Individual Differences.*, Volume 46, Issue 4, pp. 448-453.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2015). "I Felt Like a New Person." The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults With Chronic Pain: Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries. *The Journal of Pain*, Vol 9, No 9, 841-848.
- Platter, A.J., & Kelley, M.L. (2012). *Effectiveness of an Educational and Support Program for Family Members of a Substance Abuser Abstract*. AM J FAM THER., 1 (40), 208-231.
- Riso, P.L., & Du Toit, DJ. (2011). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist- practioner guide*. Washington. MDC: American Psychological Association; (5)52.
- Roberts, R.E,Roberts,C.R.xine.Y. (2007). *comorbidity of substance abuse disorder and other psychiatric disorder among adolescents evidence from an epidemiologic survey drug and alcohol dependence*. 88s,pp,4- 13.
- Schydlower, M. (2015). *Substance abuse, a guide for health professional s American Academy of pediatrics, dedicated to the health of all children*. 2rd ed. Illinois: American Academy of pediatrics: p 234-240.
- Skeen, M. (2010). *A schema- focused analysis of Philip care in W, Somerset Maugham s "of Human Bondage" the Wright Institute*. 105, 481-495.
- Vollenweider, F.x., Liechti, M.E., Gamma, A., Greer, G., & Geyer, M. (2012). *Acute psychological and neurophysiologic effects of MDMA in humans*. J Psycholactive Drugs;34(2):171-84.
- West, R., & Hardy, A. (2006). *Theory of addiction*. Wiley-Blackwell.
- Witkiewitz K., & Bowen, S. (2013). Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *J Consult Clin Psychol.*; 78(3): 362-374.
- World Health Organization. Mental health evidence, research team, & Disease control priorities project. (2006). Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. *World Health Organization*.