MEJDS. 2020; 10:123.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

The Role of Early Maladaptive Schemas in Predicting the Risk of Substance Abuse Relapse

Jamshidi S[1], *Asghari Ebrahimabad MJ[2], Rasoolzadeh Tabatabaei SK[3, 4]

Author Address
1. MA of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
3. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran ;
4. Associate Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's Email:** mjasghari@gmail.com

Received: 2019 Jun 13; **Accepted:** 2019 August 5

Abstract

Background & Objectives: Substance dependence is a reversible brain disorder. Research studies indicated that >75% of individuals with drug use disorders experienced a relapse within one year after treatment. Relapse prevention is a strategy to reduce the odds and severity of relapse after stopping or reducing harmful behaviors. Concerning the etiology of substance abuse relapse, special attention has recently been paid to cognitive causes. Considering the essential role of cognition in substance abuse relapse, the present study aimed to determine the relationship between early maladaptive schemas and the risk of substance abuse relapse.

Methods: The present descriptive–correlational study used multiple regression analysis methods. The statistical population of the present study included all patients with substance dependence aged 20 to 45 years in Mashhad City, Iran, in 2018–2019. To select the study sample, of the total 3555 clients of substance dependence treatment camps and clinics, 689 individuals who were diagnosed with a drug use disorder and had an experience of >6 months past relapse since their abstinence were selected using the convenience sampling method. The Young Schema Questionnaire (1998) and Identifying People in Risk of Addiction (I.P.R.A) Questionnaire (Anisi, 2012) were employed for data collection. The correlation coefficients for the subscales of early maladaptive schemas were obtained to fall in the range of 60% to 85% for test reliability. Furthermore, its content validity was reported to be 0.42 using the test–retest method. Cronbach's alpha coefficient of 0.97 was reported for the I.P.R.A questionnaire. This instrument also presented desirable validity and reliability. A written informed consent form was received from all study participants. Besides, they were informed that participation in the present research project is voluntary. Their identity and all the information obtained from them remained confidential by the researcher. The ethical principles of the American Psychiatric Association were also observed at all study stages. The collected data were analyzed by descriptive statistics, as well as multiple correlations and regression tests in SPSS. In addition, $p<0.05$ was considered as statistically significant.

Results: The Pearson's correlation coefficient data suggested a significant correlation between the risk of substance abuse relapse ($p<0.001$) and all of the early maladaptive schemas, including failure (0.685), defectiveness/shame (0.627), emotional deprivation (0.569), insufficient self–control/self–discipline (0.771), vulnerability to harm or illness (0.548), entitlement/grandiosity (0.470), enmeshment/undeveloped self (0.522), mistrust (0.579), emotional deprivation (0.491), social isolation/alienation (0.679), self–sacrifice (0.330), abandonment/instability (0.487), subjugation (0.649), unrelenting standards/hyper criticalness (0.662), and dependency/incompetence (0.474). Accordingly, the variables of the early maladaptive schemas could all together predict 72% of the variance in the risk of substance abuse relapse. The concurrent regression analysis results indicated that the subscales of failure, insufficient self–control/self–discipline, emotional deprivation, subjugation, dependency/incompetence, and dependence/incompetence could predict the risk of substance abuse relapse ($p<0.001$).

Conclusion: Considering the association between early maladaptive schemas and the risk of substance abuse relapse, addiction experts could use these findings in preventing relapse and substance dependence treatment. Coping with early maladaptive schemas in childhood and adolescence before leading to substance abuse and other problems may reduce the subsequent need for the treatment of drug and alcohol use.

Keywords: Early maladaptive schemas, Relapse, Addiction**.**

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۲۳.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد

صفورا جمشیدی[۱]، *محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد[۲]، سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی[۳و۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی عمومی، استادیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۴. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mjasghari@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۳ خرداد ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: دربارهٔ سبب‌شناسی اعتیاد اخیراً به علت‌های شناختی توجه ویژه‌ای شده است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد انجام گرفت.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر توصیفی‌همبستگی بود و از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر تمامی معتادان ۲۰تا۴۵ساله در شهرستان مشهد به تعداد ۳۵۵۵ نفر در سال ۹۸ـ۱۳۹۷ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۶۸۹ نفر که حداقل شش ماه از دورهٔ پاکی‌شان گذشته بود با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های طرحوارهٔ یانگ (۱۹۹۸) و شناسایی افراد درمعرض خطر اعتیاد (انیسی، ۱۳۹۲) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش به‌وسیلهٔ ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین تمامی طرحواره‌های شکست (۰/۶۸۵)، نقص/شرم (۰/۶۲۷)، محرومیت هیجانی (۰/۵۶۹)، خویشتن‌داری (۰/۷۷۱)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (۰/۵۴۸)، استحقاق (۰/۴۷۰)، خودتحول‌نیافته/گرفتار (۰/۵۲۲)، بی‌اعتمادی (۰/۵۷۹)، بازداری هیجانی (۰/۴۹۱)، انزوای اجتماعی (۰/۶۷۹)، ازخودگذشتگی (۰/۳۳۰)، رهاشدگی (۰/۴۸۷)، اطاعت (۰/۶۴۹)، معیارهای سرسختانه (۰/۶۶۲) و وابستگی (۰/۴۷۴) و خطر عود به اعتیاد ضرایب همبستگی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل رگرسیون به‌روش هم‌زمان مشخص کرد که خرده‌مقیاس‌های خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، اطاعت، وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، بازداری هیجانی و نقص/شرم، توان پیش‌بینی خطر عود اعتیاد را دارند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش در زمینهٔ ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خطر عود اعتیاد، متخصصان حوزهٔ اعتیاد می‌توانند این یافته‌ها را در پیشگیری از عود و درمان معتادان مدنظر قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عود، اعتیاد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

۱ مقدمه

اختلالات اعتیادی و مصرف مواد[1] ، در جایگاه دومین اختلالات روان‌پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است که از نظر میزان شیوع‌شناسی بسیار اهمیت دارد. تاکنون این اختلال، از معضلات جهان امروز بوده است. سوءمصرف مواد به‌معنای مصرف یک‌ماده به‌صورت مداوم برخلاف توجه به عواقب نامطلوب آن و وابستگی به مواد نیز به‌صورت استفادهٔ اجباری و مداوم یک‌ماده برخلاف توجه به عواقب منفی و نامطلوب آن، تعریف شده است (۱). عود یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و طی تلاش‌های بازدارنده بروز می‌کند. عود از پدیده‌های بحث‌برانگیزتر در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی در میان افراد برای ترک انواع اعتیاد است (۲). معانی و تعریف‌هایی از پدیدهٔ عود ارائه شده که تغییرات مختلفی نیز در آن‌ها، در طول سال‌ها اعمال شده است. عود در ابتدا به‌عنوان شکستی فردی در ترک یا درمان تلقی شد. دنیس، عود را این‌گونه تعریف می‌کند: «عود فرایند بازگشت به اعمال غیرسالم گذشته است که فرد را به استفادهٔ مجدد از ماده وادار و ترغیب می‌کند» (۳). به‌طور معمول، در افراد درگیر عود، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان دیده می‌شود (۳). در شرایط مطلوب‌تر و درمان‌های بهتر ۸۰تا۹۵درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخهٔ اعتیاد باز خواهند گشت. سایر بررسی‌ها حاکی‌از آن است که انجام اقدامات تکمیلی اعم‌از روان‌درمانی، گروه‌درمانی، کاردرمانی، ورزش‌درمانی، ایمان‌درمانی و درنهایت خانواده‌درمانی علاوه‌بر دارودرمانی، احتمال عود را از ۲۵درصد به ۲ درصد کاهش می‌دهد (۴)؛ حتی پس‌از اینکه فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع کند، نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد؛ به‌طوری‌که آمارهای عود اعتیاد نشان می‌دهد بیماری ۸۰درصد از افراد کمتر از یک‌ماه مجدداً عود می‌کند (۵). پیشگیری از عود[2] نیز به آن دسته از شیوه‌های نظام‌مند آموزش به بیماران بهبودیافته گفته می‌شود تا از این طریق بتوانند نشانه‌های هشداردهندهٔ بازگشت را شناسایی و آن‌ها را کنترل کنند (۶).

اولین خطای رفتار آسیب‌رسان پس از ترک، لغزش[3] عنوان می‌شود که درنهایت به ادامهٔ خطا تا سطحی شبیه قبل از ترک منجر شده و «عود» تعریف می‌گردد. یکی دیگر از نتایج احتمالی لغزش این بوده که مراجع ممکن است موفق به پرهیز شود و بتواند به مسیر تغییر مثبت، قبل از لغزش پیش برود (۷). بسیاری از محققان عود را بیشتر، فرایندی می‌دانند تا رویدادی مجزا و درنتیجه تلاش می‌کنند تا عوامل مؤثر بر عود را مشخص نمایند. روان‌شناسان در ایجاد و هدایت انواع روش‌های ارزیابی و درمان اختلالات سوءمصرف مواد نقش مهمی دارند. درمان شامل برنامه‌های سرپایی مصرف متادون، توان‌بخشی مرکز اقامتی بلندمدت، مداخلات سرپایی بدون مواد مخدر و درمان‌های کوتاه‌مدت در بیماران بستری‌شده می‌شود. هریک از این مداخلات مزایایی دارد؛ اما مزایای درمان نسبتاً کم است. بسیاری از افرادی که برای اولین‌بار از درمان استفاده می‌کنند دوباره به مصرف آسیب‌رسان باز می‌گردند. بعضی از افراد به درمان پاسخ نمی‌دهند یا برای درمان اقدام نمی‌کنند. اثربخشی کم و کمبود روش‌های درمان، همراه با اثرات مضر سوءمصرف مواد مخدر و الکل بر افراد و جوامع، بر نیاز به درمان‌های جایگزین تأکید می‌کند (۸). یکی از رویکردهای مفید در شناخت وابستگی به مواد مخدر به طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط می‌شود. بااین‌حال، مطالعات کمی وجود طرحوارهٔ ناسازگار اولیه[4] را در مصرف‌کنندگان مواد نشان می‌دهد و هیچ تحقیقی دربارهٔ نقش طرحوارهٔ ناسازگار اولیه به‌عنوان عاملی ریسک‌شناختی مرتبط با سوءمصرف مواد در ایران انجام نشده است (۹).

ازآنجاکه طرحواره‌ها نیز بنیادهای شناختی فرد را تشکیل داده و می‌توانند رفتارهای فرد را شکل دهند و به آن سمت و سو بخشند، می‌توان بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان بخش زیرین و سخت شناخت‌های افراد که اغلب در دوره‌های تحولی رشد شکل گرفته، با رفتارهای ناسازگارانه در مقاطع بعدی رشد افراد، رابطه برقرار کرد (۱۰). طرحواره‌ها ازجمله علل فردی و روان‌شناختی بوده که در مطالعهٔ وابستگی به مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای فرد از رویدادها شده و این سوگیری‌ها خود را به‌صورت نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه نشان می‌دهد. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری بوده که به رابطهٔ فرد با خود یا دیگران ارتباط دارد و به‌شدت ناکارآمد است (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن جای گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. یانگ[5] مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را گردآوری کرد که به آن‌ها طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گویند؛ ازقبیل رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نارسایی/بی‌مهری، گوشه‌گیری اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به زیان یا بیماری، گرفتاری، شکست پیشرفت، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی، اطاعت: احساس اجبار به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران، ایثار: تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران در زندگی روزمره، تأییدجویی/جلب توجه، نگرانی/بدبینی: تمرکز عمیق بر جنبه‌های منفی زندگی، بازداری هیجانی: بازداری افراطی رفتاری، احساسات و ارتباطات خودانگیخته، معیارهای سرسختانه: کوشش بسیار کند، خودتنبیهی (۱۲).

طرحوارهٔ ناسازگار اولیه فاکتورهای ریسک‌شناختی را نشان می‌دهد که ممکن است در سوءمصرف مواد دخیل باشند. گزارش سوءمصرف مواد والدین، آشفتگی‌های خانوادگی، نقش والدینی منفی و ناهماهنگ، دل‌بستگی ضعیف، دخالت کم والدین، نظارت ضعیف والدین،

[1]. Addictive disorders and substance use
[2]. Relapse prevention
[3]. Lapse
[4]. Early maladaptive schemas
[5]. Young

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

آسیب‌های روانی و تکانشگری با رشد طرحوارهٔ ناسازگار اولیه و قرارگیری افراد درمعرض ریسک افزایش انواع اختلالات روانی، ازجمله سوءمصرف مواد مرتبط است. نقش طرحوارهٔ ناسازگار اولیه در مصرف مواد، نیازمند انجام‌دادن تحقیقات بیشتر است؛ به‌خصوص از لحاظ مزایای بالقوهٔ درمان متمرکز بر طرحواره، ممکن است روشی کمکی در درمان این اختلالات وجود داشته باشد. روابط میان متغیرهای دخیل در سوءمصرف مواد و نمونه‌های پیشین مربوط به رشد طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، نشان می‌دهد که طرحوارهٔ ناسازگار اولیه و سوءمصرف مواد ممکن است به یکدیگر وابسته باشند (۱۳). پژوهش‌ها مشخص می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیزم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (۱۴). آیرون اعتقاد دارد هرکدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های اولیه مرتبط است (۱۳). طرحواره‌ها پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تر علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوءمصرف مواد هستند (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که فرایند اعتیاد تحت‌تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (۱۶). طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی، تشکیل باورهای غیرمنطقی را به‌دنبال داشته و دارای مؤلفه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری هستند. این طرحواره‌ها هنگامی‌که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر شده و مستقیم یا غیرمستقیم سبب آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، نبود توانایی شغلی، سوءمصرف مواد، تعارضات بین‌فردی و مانند آن می‌گردد (۱۷). همچنین در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که افراد معتاد درمقایسه با جمعیت غیرمعتاد، طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند و به‌طور هم‌زمان به اختلالات دیگری گرفتار می‌شوند (۱۸، ۱۴). طرحوارهٔ ناسازگار اولیه می‌تواند با ایجاد اختلالات عاطفی، در برخی از مصرف‌کنندگان مواد مانند عامل ریسکی سبب‌شناختی عمل کند و باعث شود تأثیر منفی ناشی‌از مصرف مواد بر افراد کاهش یابد. برای افراد دیگر، سوءمصرف مواد ممکن است تحت‌تأثیر ویژگی‌های ریسک جایگزین قرار گیرد و با مجموعه‌های خاص آسیب‌پذیری‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی تغییر کند. بااین‌وجود، عملکرد طرحوارهٔ ناسازگار اولیه به‌عنوان عامل ریسک‌شناختی در تأثیرپذیری از مصرف و سوءمصرف مواد، مستلزم توجه بیشتر پژوهشگران است. پیشرفت در مصرف و تجربهٔ مصرف مواد که در نوجوانی رایج است، با مصرف آسیب‌رسان، در برخی از افراد با وجود طرحوارهٔ ناسازگار اولیه توجیه می‌شود. افراد دارای طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، زمانی‌که مواد را برای اجتناب از فعال‌شدن احساسات منفی یا دوری از خاطرات دردناک مصرف می‌کنند، ممکن است دربرابر افزایش اختلالات مصرف مواد آسیب‌پذیر باشند (۵).

باتوجه به گسترش روزافزون اعتیاد به مواد مخدر در ایران، هزینه‌های هنگفت درمان و بازپروری و باتوجه به این نکته که تعداد درخورتوجهی از این افراد از نظر برخی عوامل مستعد بازگشت بعد از ترک اعتیاد به مواد مخدر هستند، یعنی درمعرض خطر جدی گرایش مجدد به‌سمت اعتیاد به یکی از انواع مواد مخدر قرار دارند، همچنین نظر به اینکه همهٔ گروه‌های سنی به‌طور یکسان درمعرض خطر اعتیاد نیستند و سن افراد آسیب‌پذیری خاصی را برای ابتلا به اعتیاد فراهم می‌کند که این آسیب به‌ویژه در سنین جوانی بیشتر است، وابستگی به مواد تهدیدی جدی برای سلامت عمومی افراد به‌شمار می‌رود. همچنین یکی از ویژگی‌های بارز در اختلال سوءمصرف مواد، پیامدهای منفی حاصل از آن همچون شرایط پزشکی حاد، مشکلات قانونی و جرایم و ازدست‌دادن شغل، دوستان و جایگاه اجتماعی است؛ بنابراین با شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت به مواد و آگاهی از عوامل زمینه‌ساز در سوق‌دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، می‌توان با اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل‌کننده درصد زیاد بازگشت به مواد را کاهش داد؛ همان‌طورکه اشاره شد پژوهش‌های مختلفی به‌طور جداگانه به نقش متغیرهای پژوهش در آمادگی به اعتیاد اشاره دارند؛ بااین‌حال رابطهٔ مستقیم و غیرمستقیم این عوامل با آمادگی به اعتیاد کمتر مطالعه شده است؛ اما با مطالعهٔ این پژوهش‌ها، می‌توان برنامه‌های مداخلاتی و درمانی مناسب‌تر ایجاد کرد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد انجام شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی معتادان ۲۰ تا۴۵ سالهٔ شهرستان مشهد در سال ۹۸ـ ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب گروه نمونه از مجموع ۳۵۵۵ نفر از مراجعان کمپ‌ها و کلینیک‌ها، باتوجه به روش آنالیز رگرسیون چندگانه و باتوجه به تعداد متغیرها و رعایت افت آزمودنی، تعداد ۶۸۹ نفر که تشخیص یک‌نوع از اختلالات اعتیادی را گرفته و حداقل شش ماه از دورهٔ پاکی آن‌ها گذشته بود با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. نحوهٔ انتخاب این آزمودنی‌ها نیز به این شکل بود که پس از دریافت معرفی‌نامه و هماهنگی با دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، به کمپ‌ها و کلینیک‌های مختلف شهر مشهد مراجعه شد. سپس از میان آن‌ها، افرادی که مدت شش ماه از ترک آن‌ها گذشته بود و در گروه‌درمانی‌های مراکز و کمپ‌ها شرکت داشتند، انتخاب شده و ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود افراد در طرح شامل داشتن نمرهٔ بیشتر از معیار در آزمون اعتیادپذیری، سن ۲۰ تا۴۵ سال، داشتن آگاهی و شناخت لازم برای درک سؤالات و انجام تکلیف بود. ملاک‌های خروج افراد داشتن هم‌زمان سایر بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی، قرارداشتن تحت درمان روان‌شناختی دیگر، سوءمصرف اعتیاد و استفاده از دارو بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های معرفی‌شده در بخش ابزارهای پژوهش استفاده شد. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که اختیار مشارکت در طرح را دارند و هویت آن‌ها و تمامی اطلاعات کسب‌شده به‌صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد. همچنین اصول اخلاقی انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1] در تمامی مراحل پژوهش رعایت گردید. ابزارهای زیر در پژوهش حاضر استفاده شد.

[1]. American Psychological Association (APA)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

ـ پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ[1]: پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ شامل ۷۵ گویه است که یانگ آن را در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرحوارهٔ ناسازگار اولیه ساخت. این طرحواره‌ها شامل شکست[2]، بازداری هیجانی[3]، نقص/شرم[4]، انزوای اجتماعی/بیگانگی[5]، محرومیت هیجانی[6]، ازخودگذشتگی[7]، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی[8]، رهاشدگی/بی‌ثباتی[9]، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری[10]، اطاعت[11]، استحقاق/بزرگ‌منشی[12]، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی[13]، خودتحوّل‌نیافته/گرفتار[14]، وابستگی/بی‌کفایتی[15] و بی‌اعتمادی/بدرفتاری[16] است. هر گویه براساس لیکرت شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و هر پنج پرسش یک‌طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر ۱۵ خرده‌مقیاس بیشتر از ۲ باشد آن طرحواره ناکارآمد است (۱۱). اویی و بارانوف برای هر طرحوارهٔ ناسازگار اولیه آلفای کرونباخ را از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به‌دست آوردند. ضریب بازآزمایی نیز در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود (۱۸). اورنگ و همکاران در پژوهشی با استفاده از روش بازآزمایی، ضرایب همبستگی را برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنهٔ ۶۰درصد تا ۸۵درصد برای پایایی آزمون محاسبه کردند. آن‌ها برای پایایی آزمون ازطریق همسانی درونی در دامنهٔ ۷۱درصد تا ۹۰درصد همسانی مطلوبی به‌دست آوردند. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از روایی ملاک و سازه استفاده کردند که طی آن مطابقت زیادی بین ساختار نظری خرده‌مقیاس‌ها و نتایج عاملی روایی پرسشنامه مشاهده شد (۱۴). همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بود.

ـ پرسشنامهٔ شناسایی افراد درمعرض خطر اعتیاد[17]: این پرسشنامه، ابزار غربالگری است که توسط جعفر انیسی در سال ۱۳۹۲ در دانشگاه علوم‌پزشکی بقیه‌الله طراحی شد تا بتواند افراد با احتمال زیاد اختلال مصرف مواد و به‌خصوص وابستگی به مواد را مشخص کند. پرسشنامه دارای ۷۵ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌های آن شامل افسردگی و درماندگی، نگرش مثبت به مواد، اضطراب و ترس از دیگران و هیجان‌خواهی بالا می‌شود. شیوهٔ نمره‌گذاری سؤالات به‌صورت لیکرت چهارگزینه‌ای از کاملاً مخالفم/اصلاً (۰)، مخالفم/به‌ندرت (۱)، تا حدی موافقم/اغلب (۲) و موافقم/همیشه (۳) است. دامنهٔ نمرات پرسشنامه از ۰ تا ۲۲۵ متغیر بوده و نمرهٔ برش در این آزمون برابر با ۸۰ است. به عبارت دیگر افراد دارای نمرهٔ ۸۰ یا بیشتر، درمعرض خطر اعتیاد هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۷ گزارش شد. همچنین روایی پرسشنامه ۰/۷۸ و پایایی آن ۰/۸۵ به‌دست آمد (۱۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بود.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش به‌وسیلهٔ ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون و آزمون‌های معناداری آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ صورت گرفت. در این مطالعه سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش ۶۸۹ نفر بودند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۸/۹۲ با انحراف معیار ۸/۴۷ است. از بین شرکت‌کنندگان ۵۲۲ نفر مرد (۷۶درصد) و ۱۶۷ نفر زن (۲۴درصد) بودند. همچنین وضعیت تأهل و شغل و تحصیلات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

شغل	تعداد	درصد	تحصیلات	تعداد	درصد	وضعیت تأهل	تعداد	درصد
آزاد	۳۶۷	۵۲/۸	بی‌سواد	۶۰	۸/۶	مجرد	۱۲۲	۱۷/۵
کارگر	۱۴	۲/۰	سیکل	۱۸۱	۲۶/۱	متأهل	۴۴۸	۶۴/۴
استخدامی	۴۰	۵/۷	دیپلم	۲۶۵	۳۸/۰	طلاق	۹۲	۱۳/۳
دانشجو	۵۴	۷/۸	لیسانس	۶۷	۹/۷	بیوه	۲۶	۳/۸
بی‌کار	۶۳	۹/۰	ارشد و بالاتر	۱۱۶	۱۶/۶			
خانه‌دار	۱۵۱	۲۱/۷						

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

1. Young Schema Questionnaire (YSQ)
2. Failure to achieve
3. Emotional deprivation
4. Defectiveness/shame
5. Social isolation/alienation
6. Emotional inhibition
7. Self-sacrifice
8. Insufficient self-control/self-discipline
9. Abandonment/ instability
10. Vulnerability to harm or illness
11. Subjugation
12. Entitlement/grandiosity
13. Unrelenting standards/hypercriticalness
14. Enmeshment/undeveloped self
15. Dependence/incompetence
16. Mistrust/abuse
17. Identifying People in Risk of Addiction Questionnaire (I.P.R.A.)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خطر عود به اعتیاد

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	میانگین	انحراف معیار
شکست	۱۲/۹۳	۶/۳	بازداری هیجانی	۱۴/۳۶	۶/۶۲
نقص/شرم	۱۰/۵۱	۵/۸۴	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۱/۷۹	۶/۰۸
محرومیت هیجانی	۱۵/۰۱	۶/۷	ازخودگذشتگی	۱۷/۷۱	۷/۳۷
خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی	۱۵/۶۷	۶/۰۲	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۶/۲۴	۷/۳
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	۱۲/۴۲	۶/۵	اطاعت	۱۳/۰۷	۶/۲۶
استحقاق/بزرگ‌منشی	۱۸/۵۳	۶/۰۶	معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	۱۶/۵۹	۵/۷۵
خودتحوّل‌نیافته/گرفتار	۱۱/۵۵	۶/۷۸	وابستگی/بی‌کفایتی	۱۳/۳۹	۶/۲۹
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۵/۱۱	۵/۶۹	خطر اعتیاد	۶۹/۶۱	۳۷/۳۴

همان‌طورکه جدول ۲ نشان می‌دهد، متغیرهای استحقاق/بزرگ‌منشی و ازخودگذشتگی میانگین بیشتر نمرات و متغیر نقص/شرم میانگین کمتر نمرات را دارند.

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خطر عود به اعتیاد

متغیر	ضریب همبستگی	مقادیر p	متغیر	ضریب همبستگی	مقادیر p
شکست	۰/۶۸۵	<۰/۰۰۱	بازداری هیجانی	۰/۴۹۱	<۰/۰۰۱
نقص/شرم	۰/۶۲۷	<۰/۰۰۱	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۰/۶۷۹	<۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱	ازخودگذشتگی	۰/۳۳۰	<۰/۰۰۱
خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی	۰/۷۷۱	<۰/۰۰۱	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۰/۴۸۷	<۰/۰۰۱
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	۰/۵۴۸	<۰/۰۰۱	اطاعت	۰/۶۴۹	<۰/۰۰۱
استحقاق/بزرگ‌منشی	۰/۴۷۰	<۰/۰۰۱	معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	۰/۶۶۲	<۰/۰۰۱
خودتحوّل‌نیافته/گرفتار	۰/۵۲۲	<۰/۰۰۱	وابستگی/بی‌کفایتی	۰/۴۷۴	<۰/۰۰۱
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۰/۵۷۹	<۰/۰۰۱			

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون در جدول ۳ نشان داد که بین تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خطر عود به اعتیاد همبستگی معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی خطر عود اعتیاد به‌روش گام‌به‌گام

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R^2	F	p	B	Beta	t	P
خطر عود اعتیاد	خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی	۰/۸۴	۰/۷۲	۲۹۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۳/۰۹	۰/۵۰	۱۷/۶۵	<۰/۰۰۱
	اطاعت					۰/۶۷	۰/۱۱	۳/۲۵	<۰/۰۰۱
	وابستگی/بی‌کفایتی					۰/۶۵	۰/۱۳	۵/۸۲	<۰/۰۰۱
	شکست					۰/۷۵	۰/۱۲	۳/۴۸	<۰/۰۰۱
	بازداری هیجانی					۰/۶۹	۰/۱۰	۳/۵۹	<۰/۰۰۱
	نقص/شرم					۰/۶۱	۰/۰۹	۳/۰۷	<۰/۰۰۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که طرحواره‌های خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، اطاعت، وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، بازداری هیجانی و نقص/شرم وارد معادلهٔ رگرسیون شده و قابلیت پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد را دارند (p<۰/۰۰۱). سایر خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه از معادله حذف شده‌اند؛ همان‌طورکه مشاهده می‌شود، مقدار ضریب تعیین ۰/۷۲ است؛ به این معنا که ۷۲درصد از واریانس خطر عود توسط شش عامل پیش‌بینی‌شدنی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد انجام پذیرفت. طبق یافته‌های حاصل از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

این پژوهش مشخص شد که شرکت‌کنندگان دارای طرحوارهٔ حوزهٔ اول ریسک بیشتری را در ارتباط با مصرف و سوءمصرف مواد تجربه می‌کنند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیزم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (۱۴). آیرون اعتقاد دارد هرکدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های اولیه مرتبط است (۱۳). طرحواره‌ها پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌ترعلائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوءمصرف مواد هستند (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که فرایند اعتیاد تحت‌تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (۱۶). طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی، تشکیل باورهای غیرمنطقی را به‌دنبال داشته و دارای مؤلفه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری هستند. این طرحواره‌ها هنگامی‌که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر شده و مستقیم یا غیرمستقیم سبب آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، نبود توانایی شغلی، سوءمصرف مواد، تعارضات بین‌فردی و مانند آن می‌گردد (۱۷). همچنین در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که افراد معتاد درمقایسه با جمعیت غیرمعتاد، طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند و به‌طور هم‌زمان به اختلالات دیگری گرفتار می‌شوند (۱۴،۱۸).

در یافته‌های موجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه با عود مصرف و سوءمصرف مواد مرتبط بودند و این ادعا را تأیید می‌کنند که افراد دارای هر طرحوارهٔ ناسازگار اولیه می‌توانند با استفاده از راهبردهای اجتناب ازجمله اجتناب از سوءمصرف مواد، با هیجانات منفی کنار بیایند (۱۹). این یافته‌ها با تحقیقات قبلی مطابقت داشته و نشان می‌دهد که وضعیت‌های روان‌شناختی منفی مانند سطح کم هیجانات مثبت و سطح شدید اضطراب و افسردگی با مصرف و سوءمصرف مواد ارتباط دارد. مصرف مواد برای کاهش هیجانات منفی مطابق با فرضیهٔ خوددرمانی است؛ یعنی، سوءمصرف مواد برای افراد، مکانیزم کنارآمدن برای رویارویی با حالت‌های روانی منفی است. این یافته که همهٔ پنج طرحواره در حوزهٔ اول با مصرف مواد در ارتباط بودند مطابق با نظر اشخاصی است که افراد دارای طرحواره‌های حوزهٔ یک را از نظر روانی آسیب‌پذیرتر می‌دانند. درمجموع، یافته‌های کنونی نشان می‌دهد که احتمالاً مواد خاصی در افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه مصرف و سوءمصرف می‌شود (۵).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان عنوان کرد که سبک‌های کنارآمدن در دوران کودکی و بلوغ، تحت‌تأثیر خلق‌وخوی افراد در تعامل با محیط‌های اجتماعی کسب می‌شود. محیط‌های اول یادگیری، سبک‌های کنارآمدن را شکل داده و ممکن است ریسک‌های بیولوژیکی را کاهش دهند یا تشدید کنند. هنگام کنارآمدن افراد با مشکلات مواد مخدر و الکل، روش‌های ارزیابی باید مشخص کنند که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه آشکارند یا خیر. اگر بیماران نشانه‌های افزایش ریسک طرحواره‌های ناسازگار اولیه را داشته باشند، روش‌های درمان باید تلاش کنند تأثیرات طرحواره‌ها را کاهش دهند تا راهکارهای پیشگیری از عود افزایش یابد. توجه به طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد قبل از اینکه به اختلالات مواد دچار شوند یکی از راه‌های کاهش تأثیر منفی آن‌هاست. این اقدام پیشگیرانه به‌خصوص در محیط‌های روستایی و دورافتاده که گزینه‌های مناسب درمان محدود بوده، مفید است. کنارآمدن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی و نوجوانی قبل از اینکه به مصرف مواد و سایر مشکلات منجر شود، ممکن است نیاز بعدی را به درمان مواد مخدر و الکل کاهش دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، ابزار به‌کاررفته در این پژوهش فقط پرسشنامه بود و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را جمع‌آوری کند. باتوجه به اینکه نمونه‌های این پژوهش از شهر مشهد انتخاب شدند در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر باید احتیاط کرد. گروه نمونه از لحاظ متغیرهایی مانند وضعیت اجتماعی_اقتصادی همتا نشدند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این نکات در پژوهش‌های بعدی رعایت شود تا نتایج دقیق‌تری به‌دست آید. براساس نتایج این پژوهش، افراد درمعرض عود به اعتیاد، دارای طرحواره‌های ناسازگارانه بودند و باتوجه به اینکه بنیادهای فکری ناسازگارانه در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد و این افکار، نقش عمده‌ای در آسیب‌پذیری افراد دارد، توصیه می‌شود در طرح‌ریزی روش‌های پیشگیری و همچنین برنامه‌های درمانی برای افراد وابسته به مواد، این افکار و بنیادهای فکری مدنظر قرار گیرد. طراحی‌های طولی که افراد را با و بدون طرحواره‌های ناسازگار اولیه قبل از مصرف مواد ارزیابی می‌کند ممکن است برای شناسایی عملکرد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان عوامل مؤثر در اختلالات سوءمصرف مواد، مفید باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در سایر مناطق کشور نیز انجام گیرد تا مقایسهٔ نتایج براساس فرهنگ‌ها امکان‌پذیر شود؛ همچنین، سایر روش‌های گردآوری اطلاعات ازقبیل مصاحبه و... به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خطر عود اعتیاد، متخصصان حوزهٔ اعتیاد می‌توانند این یافته‌ها را در پیشگیری از عود و درمان معتادان مدنظر قرار دهند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه فردوسی مشهد مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه با شمارهٔ ۷۳۵/۴ است. بنا به اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد. همچنین انجام این پژوهش تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا نهادی نبوده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]

References

1. Sadock BJ, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
2. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. Med Hypotheses. 2010;74(5):928–33. doi: 10.1016/j.mehy.2009.10.020
3. Ibrahim F, Kumar N. The Influence of Community on Relapse Addiction to Drug use: Evidence from Malaysia. European Journal of social Sciences. 2009;11(3): 89–100.
4. Melemis SM. Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. Yale J Biol Med. 2015;88(3):325–32.
5. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2011;6:17. doi: 10.1186/1747-597X-6-17
6. Marlatt GA, Barrett K. Relapse Prevention. In: Galanter M, Kleber HD, Brady K. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994. pp:121–43.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
8. Sharg A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in West Azerbaijan. Studies in Medical Sciences. 2011;22(2):129–36. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-917-en.pdf
9. Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A. The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of Zahedan. Nursing And Midwifery Journal. 2010;8(3). [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-216-en.pdf
10. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of young's schema theory in youth. Cogn Ther Res. 2010;34(4):316–32. doi: 10.1007/s10608-009-9283-5
11. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2011.
12. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehi zadah MA-S. Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(1):21–33. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-916-en.pdf
13. Aaron DJ. Early maladaptive schemas and substance use: implications for assessment and treatment. Addictive Disorders & Their Treatment. 2013;12(4):193–200. doi: 10.1097/ADT.0b013e31827d8763
14. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well-being of the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(3):326–45. [Persian] doi: 10.21859/sija.12.3.326
15. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychol Psychother. 2017;90(3):456–79. doi: 10.1111/papt.12112
16. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328–49. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566
17. Anisi J, Bahadori MH, Jahanbakhsh M. Developing and validation of Identifying People in Risk of Addiction questionnaire (IPRA). Int J High Risk Behav Addict. 2013;1(4):183–91. doi: 10.5812/ijhrba.8101
18. Oei TPS, Baranoff J. Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology. 2007;59(2):78–86. doi: 10.1080/00049530601148397
19. Menon J, Kandasamy A. Relapse prevention. Indian Journal of Psychiatry. 2018;60(Suppl 4):S473. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.131.0]