

اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر بهزیستی روانی و تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار در بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

کیوان کاکابرایی^۱، محمدرضا احمدی پناه^۲

^۱ استاد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۲ کارشناس ارشد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر بهزیستی روانی و تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار در بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۴۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش دردسترس انتخاب شدند. ۲۰ نفر به گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های تنظیم هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) و بهزیستی روانی ریف (۱۹۹۴) بود. گروه آزمایش به صورت هفتگی، طی هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه طرح واره درمانی دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار و بهزیستی روانی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم هیجان سازگار و بهزیستی روانی و کاهش تنظیم هیجان ناسازگار در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شده است. بنابراین درمان در این روش اغلب با تمرکز بر ارزیابی استفاده از یک یا چند مورد از سه سبک مقابله ای غیرمفید که اجتناب، تسلیم یا جبران بیش از حد نامیده می شوند، آغاز می گردد. اجتناب شامل فرار یا طفره رفتن مداوم فرد از اتفاقی است که ممکن است طرحواره را تحریک کند. تسلیم شامل بازگشت به یک طرحواره قدیمی از قبل موجود است. جبران بیش از حد یا ضدحمله هم باعث می شود که فرد تلاش قابل توجهی برای اطمینان از به ثمر نرسیدن نتیجه درک شده منفی داشته باشد. طرحواره درمانی برای رفع نیازهای برآورده نشده و کمک به مراجعان برای شکستن الگوهای تفکر، احساس و رفتار که اغلب سرسخت هستند، طراحی شده است. درمان طرحواره محور نتایج قابل توجهی در کمک به افراد برای تغییر الگوهایی که برای مدت طولانی با آن زندگی کرده اند، نشان داده است. حتی زمانی که روش ها و تلاش های دیگری که قبلاً امتحان کرده اند ناموفق بوده است.

واژه های کلیدی: طرح واره درمانی، تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار، بهزیستی روانی، معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

مقدمه

پدیده اعتیاد، پدیده ای تبااهی آور، خانمان سوز بنیان برافکن و عامل اسارت انسان امروزی است. در حال حاضر بحران مواد مخدر بعد از بحران نابودی محیط زیست، بحران بمب اتمی و بحران فقر به عنوان چهارمین بحران جهانی مطرح است. در اهمیت موضوع مصرف مواد و وابستگی ناشی از آن ذکر همین نکته بس که در کتب روانپزشکی وابستگی های دارویی و اعتیاد را به عنوان یک اورژانس طبی معرفی می کنند. اگر چه به واسطه پیشرفت طب درمانهای بسیاری در زمینه وابستگی جسمی اعتیاد معرفی شده، ولی آنچه که معضل اصلی افراد معتاد است، وابستگی روانی حاکی از اعتیاد است که درمانی بسیار سخت، طولانی مدت و اغلب ناموفق است. اعتیاد نیروهای مفید مادی و معنوی شخص را مورد حمله قرار می دهد. تبااهی روحی و انحطاط اخلاقی نیز ممکن است فرد معتاد را به اعمال خشونت با و ضداجتماعی آلوده کرده و به ارتکاب انواع کارهای خلاف قانون بکشاند (صدیق سروستانی، ۱۴۰۰). امروزه مساله مواد مخدر و سوء مصرف آن یکی از معضلات بزرگی است که گریبان گیر اکثر کشورهای دنیاست. سوء مصرف مواد که از آن به عنوان بلای خانمان سوز یاد می شود. در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه نمود بیشتری دارد. کشور ما هم به دلیل شرایط خاص جغرافیایی و هم مرز بودن با کشورهای که قانون مشخصی برای مبارزه با مواد مخدر ندارند و همچنین خرید و فروش و کشت خشخاش در آن کشور که یکی از منابع در آمد مردم و دولت است، در معرض انتقال مواد مخدر قرار گرفته است (فارو^۱ و برسینگ^۲، ۲۰۲۳).

اینکه جامعه تا چه حد مصرف مواد را مشکلی اخلاقی یا قانونی تلقی می کند، چه هنگام مصرف مواد برای مصرف کننده مشکلاتی ایجاد میکند و تاچه زمانی مصرف مواد کاملاً اختیاری خواهد بود همگی مسائلی است که مورد توجه همه متخصصین یاریگر قرار دارد. با توجه به آمار اعلام شده می توان به میزان اهمیت اندیشیدن تدبیری مناسب برای پرداختن به مسائلی که می تواند در پیشگیری و درمان اعتیاد جوانان و از سوی دیگر در تشدید و گرایش آنها به اعتیاد پی برد. در گذشته ای نه چندان دور، تلاش برای درک، پیش بینی، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و چرا افراد بیماری های روانی با واژه ی چرا شروع می شد. سوالاتی از این قبیل که چرا افراد مواد مصرف می کنند؟ چرا افراد افسرده می شوند؟ چرا افراد حتی پس از مشاهده پیامدهای مصرف مواد و الکل، به مصرف خود ادامه می دهند؟ اما از حدود چند دهه قبل، پژوهشگران توجه خود را با این عبارت نشان دادند: چرا نه؟ چرا بسیاری از افرادی که در خطر مصرف مواد هستند، هرگز به سراغ آن نمی روند؟ چرا بسیاری از افرادی که مواد را تجربه کرده اند به آن وابسته نمی شوند؟ چرا برخی از افراد تحت تاثیر عواملی که برای بسیاری از افراد، مشکلات عاطفی و روانی به وجود می آورد، این پیامدها را تجربه نمی کنند؟ پرسش هایی از این دست و دامنه ای از مشکلات بالینی منجر به توجه بیشتر به مفهوم اعتیاد شده است (برقی، ۱۴۰۰).

در گذشته ای نه چندان دور، تلاش برای درک، پیش بینی، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و چرا افراد بیماری های روانی با واژه ی چرا شروع می شد. سوالاتی از این قبیل که چرا افراد مواد مصرف می کنند؟ چرا افراد افسرده می شوند؟ چرا افراد حتی پس از مشاهده پیامدهای مصرف مواد و الکل، به مصرف خود ادامه می دهند؟ اما از حدود چند دهه قبل، پژوهشگران توجه خود را با این عبارت نشان دادند: چرا نه؟ چرا بسیاری از افرادی که در خطر مصرف مواد هستند، هرگز به سراغ آن نمی روند؟ چرا بسیاری از افرادی که مواد را تجربه کرده اند به آن وابسته نمی شوند؟ چرا برخی از افراد تحت تاثیر عواملی که برای بسیاری از افراد، مشکلات عاطفی و روانی به وجود می آورد، این پیامدها را تجربه نمی کنند؟ پرسش هایی از این دست و دامنه ای از مشکلات بالینی منجر به توجه بیشتر به مفهوم بهزیستی روانی و تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار شده است. شارکی^۳ (۲۰۱۸) بهزیستی روانی را فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی معرفی کرده و از نظر او بهزیستی

¹Farrow² Brissing³ Sharkey

رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد. به طور کلی، می‌توان گفت کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود. اگرچه کیفیت زندگی را می‌توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (اپستین^۴، ۲۰۲۴). رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می‌گردد. احساس بهزیستی هم دارای مولفه‌های عاطفی و هم دارای مولفه‌های شناختی است (هایگینس^۵، ۲۰۲۲). افراد با احساس و دارای بهزیستی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (بیگی، شیرازی و پسندیده، ۱۳۹۹).

یکی از نوآوریها در درمانهای روانشناختی، به ویژه جهت کاهش سوء مصرف مواد و اعتیاد، طرح واره درمانی است. هدف طرحواره درمانی، بهبود طرحواره است. از آن جایی که طرحواره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها احساس‌های بدنی و شناخت واره هاست، بهبود طرحواره به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود: شدت خاطرات مرتبط با طرحواره، فعال شدن هیجانی طرحواره، نیرومندی احساسهای بدنی و ناسازگاری شناخت واره. بهبود طرحواره همچنین یک سری تغییرات رفتاری به دنبال خواهد داشت (مهرآور، ۱۳۹۸). به طوری که افراد یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله سازگار را جانشین سبک‌های مقابله ناسازگار کنند. بنابراین فرآیند درمان دربرگیرنده مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است. همانطور که طرحواره بهبود می‌یابد شدت و تعداد دفعات فعال شدن آن به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. با این حال اگر طرحواره فعال شود، بیمار درماندگی کمتری تجربه می‌کند و خیلی سریع به حالت عادی باز می‌گردد. طرحواره درمانی به طور گسترده بر پردازش خاطرات و تجربیات بد دوران کودکی تمرکز کرده و از تکنیک‌های تجربی روان درمانی برای تغییر احساسات منفی مرتبط با چنین خاطراتی استفاده می‌کند. هدف از طرحواره درمانی کمک به فرد برای خودشناسی، درک بهتر علت‌های زمینه‌ای موضوعات مختلف و روش تغییر افکار و رفتارهای خود است تا بتواند بهتر با چالش‌ها یا احساسات به روش‌هایی سالم و سازنده کنار بیاید (حسینیان رسولی و صادقیان، ۱۴۰۱).

این طرحواره‌ها معمولاً در دوران کودکی شکل می‌گیرند، به‌ویژه در کودکانی که نیازهای عاطفی و فیزیکی آن‌ها برآورده نشده یا والدینشان مرزهای مشخصی در ارتباطات نداشته‌اند. این الگوها در بزرگسالی می‌توانند بر افکار، احساسات و رفتار فرد تأثیر منفی گذاشته و باعث بروز رفتارهایی مانند اجتناب، جبران افراطی یا از خودگذشتگی بیش‌ازحد شوند. چنین رفتارهایی ممکن است روابط فردی و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. طرحواره درمانی با ترکیب تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی به فرد کمک می‌کند تا این الگوها را شناسایی کرده و به شیوه‌ای سالم‌تر مدیریت کند. هدف این درمان، تغییر باورهای عمیق و ناسازگار و ایجاد الگوهای رفتاری جدید و مؤثرتر در زندگی فرد است. (اقبال و آشتیانی، ۱۴۰۱).

بهبود طرحواره، نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرحواره است. مسلماً این کار احتیاج به انضباط دقیق و تمرین فراوان دارد. بیماران باید هر روز به طور نظام مند، علایم فعال شدن طرحواره را مورد مشاهده قرار دهند و برای تغییر آن تلاش کنند. طرحواره تا زمانی که اصلاح نشود، همچنان به بقای خودش ادامه می‌دهد و درمان چیزی شبیه به جنگیدن با طرحواره است. درمانگر و بیمار با هدف شکستن طرحواره، با یکدیگر متحد می‌شوند. این هدف معمولاً یک ایده آل تحقق‌ناپذیر است، چرا که اکثر طرحواره‌ها به طور کامل بهبود نمی‌یابند و نمی‌توانیم خاطرات همراه با آنها را به طور کامل ریشه کن کنیم. طرحواره‌ها هرگز از بین نمی‌روند، در عوض

⁴ Epstein

⁵ Higgins

وقتی که بهبود پیدا کنند، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آنها کاسته می شود. همچنین مدت زمان فعال سازی آنها در ذهن نیز زیاد به طول نمی انجامد (جکوبسون^۶، ۲۰۲۲). پس از بهبود طرحواره ها، افراد به محرکهای برانگیزاننده، طرحواره ها به شیوه ای سالم پاسخ می دهند، دوستان مطلوبتری انتخاب می کنند و نگرش آنها نسبت به خودشان مثبت تر می شود (آخوندی، ۱۴۰۰). بنابراین با توجه به مطالب گفته شده این پژوهشگریا، محقق بدنبال این مسئله است که آیا طرح واره درمانی بر بهزیستی روانی و تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تاثیر دارد؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد نگهداری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند که طی شش ماه آخر سال ۱۴۰۳ به مراکز ترک اعتیاد نگهداری در مراکز ترک اعتیاد مراجعه داشتند و در این شش ماه که دارای پرونده زیر نظر روان شناس مرکز، تعداد آنها حدود ۹۴ نفر بودند. از بین جامعه آماری، ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند که شرایط لازم جهت همکاری با این پژوهش را دارا بودند و در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه، پرسشنامه را همزمان در اختیار آزمودنی ها قرار داده و توضیحات پیرامون پژوهش و نحوه پاسخگویی به سوالات از آزمودنی ها خواسته شد تا با کمال دقت پرسشنامه را تکمیل کند. در این پژوهش نیمه آزمایشی از پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. مداخله ای آزمایشی (طرح واره درمانی) روی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایشی اجرا شد و این در حالی است که معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل هیچ نوع مداخله درمانی دریافت نکردند. جلسات معناداری به صورت آموزش عملی بود و در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه برگزار شد. برنامه ریزی جلسات به گونه ای است که ۳۰ دقیقه ابتدایی جلسه به ارائه مطلب خاص جلسه مربوطه اختصاص یافته و ۶۰ دقیقه باقی مانده به صورت بحث گروهی پیرامون مسئله اعضای گروه در رابطه با مطالب آموزشی ارائه می شود و نیز اجرای تکنیک های خاص این رویکرد می باشد.

(۱) **پرسشنامه تنظیم هیجانی:** پرسشنامه تنظیم هیجانی^۷ توسط گارنفسکی^۸ و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده است و دارای ۳۶ سوال و شامل ۵ زیرمقیاس متفاوت است. زیر مقیاس های این پرسشنامه شامل راهبردهای پذیرش شامل ۹ سؤال، توجه مجدد به برنامه ریزی شامل ۶ سؤال، توجه مثبت مجدد شامل ۸ سؤال، تمرکز بر تفکر شامل ۵ سؤال، در جای خود قرار دادن شامل ۸ سؤال می باشد. هر کدام از زیر مقیاسهای این پرسشنامه دارای ۵ گزینه (هرگز ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، بندرت ۳ نمره، اغلب ۴ نمره و همیشه ۵ نمره) می باشد. هرچه نمره کسب شده در هر زیر مقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. تحقیقات بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات نشان داده اند که تمامی زیر مقیاس های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردار هستند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هریک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید. دامنه نمره های آزمودنی ها برای کل آزمون بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد. پایایی کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ بدست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). یوسفی (۱۳۸۲) در فرهنگ ایرانی پایایی آزمون در نمونه ای متشکل از دانش آموزان ۲۰ تا ۲۵ ساله انجام

⁶ Jacobson

⁷ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(CERQ)

⁸ Garnefski

داد و رابطه آن با افسردگی واضطراب را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش داد. روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی (۱۳۸۲) از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای سازگار و ناسازگار با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (گلد برگ و هیلر، ۱۹۷۹) بررسی شد و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده است که هردو ضریب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنا دار بودند. پیوسته گر و حیدری (۱۴۰۰)؛ به نقل از نساجی قاسم زاده و همکاران، (۱۳۹۹) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ پرسشنامه تنظیم هیجانی را برای نوجوانان غیرمراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران افسرده مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش جایروند و همکاران (۱۳۹۹) پایایی کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از افراد با خودکشی ناموفق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۱ و ۰/۸۲ بدست آمد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد

۲) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس را ریف^۹ در سال (۱۹۹۵) طراحی نمود. این پرسشنامه دارای ۸۴ پرسش بود. مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط می باشد. دایرندوک^{۱۰} (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده آزمون‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۷۷ تا ۹۰ بدست آورد. چمت^{۱۱} و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش دادند. در ایران این مقیاس توسط بیانی و همکاران (۱۳۹۷) بر روی ۱۴۵ دانشجوی انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۳، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می باشد.

روش اجرای

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در یکی مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه و مراجعین از بین افرادی که جهت ترک به یکی مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۴۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار و بهزیستی روانی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون طرح واره درمانی به گروه آزمایشی که شامل ۲۰ نفر هستند داده شد و بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش طی چند مرحله طرح واره درمانی به صورت گروهی برگزار شد.

⁹ Reef

¹⁰ Dierendonck

¹¹ Schumtee

ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی:

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی اجرا شده به صورت ذیل و مبتنی بر پروتکل یانگ (۲۰۱۰) ارائه شده بود.

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	خوش آمد گویی و آشنایی با درمانگر، انجام تست های تشخیصی، ایجاد انگیزه برای درمان، مرور اهداف درمان، اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	بحث درباره مشکلات فعلی زوجین، تعریف طرحواره درمانی و منطق درمان، آشنایی و صحبت درباره طرحواره های ناسازگار اولیه. تکلیف افراد: انتظارات از درمان و بازگویی تلخ ترین و شادترین خاطره زندگی.
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث مختصر راجع به آن، معرفی حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکرد طرحواره ها، شرح مختصر درباره علل تداوم طرحواره ها، تکمیل مجدد پرسشنامه ها. تکلیف زوجین: نوشتن نامه برای یکی از افراد مهم زندگی
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی سبک ها و پاسخ های مقابله ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره می شود به همراه مثال از زندگی روزمره، شرح ذهنیت های طرحواره ای، ایجاد آمادگی در مراجع برای سنجش و تغییر، صحبت دلخواه درباره رابطه زوجین با اعضای خانواده به خصوص پدر و مادر. تکلیف افراد: شرح ذهنیت های احتمالی که زوجین حس می کند آنها را دارد.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش ذهنیت ها به زبانی ساده، آموزش طرحواره های شرطی و غیر شرطی، ایجاد آمادگی برای تغییر. تکلیف بیمار: مثالی از ذهنیت کودک رها شده و شرح آن در صورت تجربه این ذهنیت.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهبردهای شناختی، آزمون اعتبار طرحواره، به چالش گرفتن طرحواره، تکنیک پیوستارنگری. تکلیف: شناسایی و ثبت طرحواره و به آزمایش گذاشتن اعتبار آن در زندگی عادی.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور کلی راهبردهای شناختی، شواهد تایید کننده و رد کننده طرحواره ها، به چالش گرفتن شواهد تایید کننده، ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، تکمیل مجدد پرسشنامه ها. تکلیف افراد: شناسایی بیشتر شواهد تایید کننده و نوشتن آنها بر روی کاغذ، تلاش برای به چالش کشیدن آنها.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آماده سازی افراد برای خاتمه درمان، مرور دوباره اهداف درمان، انجام پس آزمون.

یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره تنظیم شناختی هیجان سازگار گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تنظیم شناختی هیجان سازگار	پیش آزمون	آزمایش	۸۳/۳۲	۱۴/۹۹	۲۰
	پس آزمون	گواه	۸۲/۳۳	۱۴/۸۳	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه پذیرش	پیش آزمون	آزمایش	۸۷/۶۶	۲۰/۸۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	۷۹/۱۱	۱۳/۸۳	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مجدد به برنامه ریزی	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۳/۱۹	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۳/۸۰	۴/۲۱	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مثبت مجدد	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۳۳	۵/۵۷	۲۰
	پس آزمون	گواه	36۱۴/	۳/۶۹	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۴۰	۴/۳۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۴/۲۰	۳/۶۰	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه درجای خوددقرار دادن	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۸۰	۵/۵۹	۲۰
	پس آزمون	گواه	۲۰/۶۰	۳/۹۴	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۵۳	۳/۱۹	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۴/۸۰	۴/۲۱	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۹۳	۴/۸۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	36۲۰/	۳/۶۹	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۴۰	۴/۳۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۷/۲۰	۳/۶۰	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۴۶	۵/۷۰	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۶/۲۰	۴/۱۹	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۱۳	۴/۴۰	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۲/۳۳	۳/۲۸	۲۰
تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۵۳	۵/۲۴	۲۰
	پس آزمون	گواه	۱۱/۵۳	۲/۰۶	۲۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم شناختی هیجان سازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در پیش آزمون و پس آزمون هر یک از گروه های آزمایش و گروه کنترل را نشان می دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره تنظیم شناختی هیجان ناسازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تنظیم هیجانی سازگار و ناسازگار ناسازگار	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۸۰	۱۳/۸۶	۲۰
		گواه	۵۹/۰۶	۱۳/۰۹	۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۵۲/۷۱	۱۱/۳۸	۲۰
		گواه	۵۸/۲۷	۱۲/۸۴	۲۰
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش خود	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۷۹	۳/۳۶	۲۰
		گواه	۱۸/۶۸	۴/۱۱	۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶/۵۶	۳/۷۵	۲۰
		گواه	۱۹/۱۱	۵/۱۲	۲۰
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه نشخوار فکری	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۸۷	۳/۰۱	۲۰
		گواه	۱۴/۸۰	۳/۹۸	۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۲/۶۸	۲/۴۷	۲۰
		گواه	۱۶/۲۴	۴/۸۸	۲۰
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه فاجعه انگاری	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۰۲	۳/۴۵	۲۰
		گواه	۱۳/۶۹	۴/۲۳	۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۵۴	۳/۳۴	۲۰
		گواه	۱۲/۸۹	۴/۵۴	۲۰
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش دیگری	پیش آزمون	آزمایش	20۱۲/	۳/۱۲	۲۰
		گواه	۱۳/۸۶	۳/۸۴	۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۹۴	۱/۶۹	۲۰
		گواه	۱۲/۲۱	۳/۵۷	۲۰

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در پیش آزمون و پس آزمون هر یک از گروه های آزمایش و گروه کنترل را نشان می دهد.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی روانشناختی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۲۹۲/۵۳	۱۸/۸۳	۲۰
	پس آزمون	گواه	۳۶۴/۲۰	36۲۴/	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه رشد شخصی	پیش آزمون	آزمایش	۲۸۱/۴۰	۲۲/۷۶	۲۰
	پس آزمون	گواه	۲۲۱/۰۰	۲۱/۳۰	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه زندگی هدفمند	پیش آزمون	آزمایش	۴۸/۲۰	۵/۳۷	۲۰
	پس آزمون	گواه	۴۳/۳۳	۱۱/۱۹	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه رابطه مثبت با دیگران	پیش آزمون	آزمایش	۴۹/۲۰	۵/۳۸	۲۰
	پس آزمون	گواه	۴۳/۰۰	۹/۰۹	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه پذیرش خود	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۰	۱۰/۵۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	۵۱/۳۳	۱۱/۸۲	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه خود مختاری	پیش آزمون	آزمایش	۴۷/۴۶	۱۰/۲۱	۲۰
	پس آزمون	گواه	36۲۸/	۸/۴۱	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۵۰/۴۶	۱۲/۶۴	۲۰
	پس آزمون	گواه	۵۴/۹۳	۹/۶۷	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۴۸/۱۳	۱۳/۸۱	۲۰
	پس آزمون	گواه	۳۵/۶۴	۸/۵۲	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۴۲/۰	۱۱/۴۶	۲۰
	پس آزمون	گواه	۳۰/۸۰	۱۰/۹۶	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۴۴/۴۶	20۹/	۲۰
	پس آزمون	گواه	۲۹/۶۰	۸/۱۲	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۳۸/۶۶	۴/۴۵	۲۰
	پس آزمون	گواه	۳۷/۴۰	۲/۶۹	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۳۷/۴۰	۴/۳۷	۲۰
	پس آزمون	گواه	۳۷/۶۶	۲/۶۰	۲۰
بهزیستی روانشناختی در زمینه بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۵۳/۲۰	۱۰/۶۶	۲۰
	پس آزمون	گواه	۴۶/۴۰	۹/۲۰	۲۰

۲۰	۸/۱۸	۵۴/۷۳	آزمایش	پس آزمون	درزمینه تسلط بر محیط
۲۰	۸/۶۳	36۴۷/	گواه		

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی روانشناختی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی روانی و تنظیم شناختی هیجان معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۵	۳	۳۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴۶	۳	۳۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	36۱۴/	۳	۳۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	20۱۴/	۳	۳۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار و بهزیستی روان شناختی) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۰۰۱$) و $F(۳۶/۵۴)$. بنابراین فرضیه اصلی تایید می‌گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۰۶	۶	۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۶	۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۶	۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۶	۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F(1, 20/90)$ برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، شش تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/54$ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با $1/00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون خود	پیش آزمون	۱/۱۹	۱	۱/۱۹	۰/۰۱	۰/۹۰۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰
	گروه	۱۶۲۲/۰۱	۱	۱۶۲۲/۰۱	۲۰/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۹
	خطا	۲۰۹۶/۱۴	۳۷	۷۷/۶۳				
روابط مثبت یادگیران	پیش آزمون	۲۰۹۸/۳۴	۱	۲۰۹۸/۳۴	۲۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۲
	گروه	۱۸۳۶/۳۱	۱	۱۸۳۶/۳۱	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۷
	خطا	۲۰۹۱/۴۹	۳۷	۷۷/۴۷				
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۱۸۶۶/۶۸	۱	۱۸۶۶/۶۸	۴۳۰/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۱	۱/۰۰
	گروه	۲۳/۸۸	۱	۲۳/۸۸	۵/۵۰	۰/۰۲۷	۰/۱۶۹	۰/۶۲۹
	خطا	۱۱۷/۱۸	۳۷	۰/۸۸۸				
زندگی هدفمند	پیش آزمون	۲۴۸/۳۷	۱	۲۴۸/۳۷	۳/۰۴	۰/۰۹۲	۰/۱۰	۰/۳۹۱
	گروه	۱۸۴۵/۷۰	۱	۱۸۴۵/۷۰	۲۲/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۵
	خطا	۲۲۰۲/۲۹	۳۷	۴/۷۸				
رشد شخصی	پیش آزمون	۹۳۴/۱۶	۱	۹۳۴/۱۶	۴۰/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
	گروه	۶۲/۳۴	۱	۶۲/۳۴	۲/۶۷	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۳۵۱

پیش‌آزمونی	خطا						
	۶۳۰/۲۴	۳۷	۲۳/۳۴				
	۱۶۱/۰۰	۱	۱۶۱/۰۰	۲۱/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۴
گروه	۸/۶۷	۱	۸/۶۷	۱/۱۶	۰/۲۹	۰/۰۴	۰/۱۸۰
	۲۰۱/۹۳	۳۷	۷/۴۷				
	خطا						

همان طوری که در جدول ۷ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه پذیرش خود تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < 0/0001$ و $F=20/89$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی در زمینه پذیرش خود معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در زمینه پذیرش خود گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۳ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی در زمینه پذیرش خود مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه روابط مثبت بادیگران تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < 0/0001$ و $F=23/57$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی در زمینه روابط مثبت بادیگران معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در زمینه روابط مثبت بادیگران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی در زمینه روابط مثبت بادیگران مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۷ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۳ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. با کنترل پیش‌آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه تسلط بر محیط تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < 0/027$ و $F=5/50$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی در زمینه تسلط بر محیط معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در زمینه تسلط بر محیط گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۱۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی در زمینه تسلط بر محیط مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. با کنترل پیش‌آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه زندگی هدفمند تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < 0/0001$ و $F=22/62$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی در زمینه زندگی هدفمند معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در زمینه زندگی هدفمند گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۵ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی در زمینه زندگی هدفمند مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۵ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۵ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. با کنترل پیش‌آزمون بین معنادان مراجعه

کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه رشد شخصی تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود ($p < 0/11$ و $F=2/67$) با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی در زمینه خودمختاری تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود ($p < 0/29$ و $F=1/16$).

جدول ۴ - ۱۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون تنظیم شناختی سازگار هیجان مؤلفه‌های آن در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۰۶	۵	۳۴	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۵	۳۴	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۵	۳۴	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۵	۳۴	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۸ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F=20/90$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، پنج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴-۱۰ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۹۸/۳۴	۱	۵۹۸/۳۴	۲۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۲
گروه	۸۳۶/۳۱	۱	۸۳۶/۳۱	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۷
خطا	۲۹۱/۴۹	۳۷	۷/۴۷				
گروه	۸۶۶/۶۸	۱	۸۶۶/۶۸	۴۳/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰

گروه	۲۳/۸۸	۱	۲۳/۸۸	۲۸/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹۲
خطا	۱۱۷/۱۸	۳۷	۰/۸۸۸				
گروه	۶۴۸/۳۷	۱	۶۴۸/۳۷	۳/۰۴	۰/۰۹۲	۰/۱۰	۰/۳۹۱
گروه	۱۴۵/۷۰	۱	۱۴۵/۷۰	۲۲/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۵
خطا	۲۰۲/۲۹	۳۷	۴/۷۸				
گروه	۹۳۴/۱۶	۱	۹۳۴/۱۶	۴۰/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
گروه	۱۶۲/۳۴	۱	۱۶۲/۳۴	۲۸/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹۲
خطا	۶۳۰/۲۴	۳۷	۲۳/۳۴				
گروه	۴۶۱/۰۰	۱	۴۶۱/۰۰	۲۱/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
گروه	۸۵/۶۷	۱	۸۵/۶۷	۱۹/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
خطا	۲۰۱/۹۳	۳۷	۷/۴۷				

توجه مثبت مجدد

تمرکز بر تفکر

درجای خودقرار دادن

همان طوری که در جدول ۹ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه پذیرش تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۳/۵۷$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه پذیرش در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه پذیرش گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه پذیرش مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مجدد به برنامه ریزی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۸/۵۰$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مجدد به برنامه ریزی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مجدد به برنامه ریزی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مجدد به برنامه ریزی مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مثبت مجدد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۲/۶۲$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مثبت مجدد در معتادان مراجعه کننده به مراکز

ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مثبت مجدد گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۵ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه توجه مثبت مجدد مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد.

با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۸/۶۷$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر در معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۳ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه تمرکز بر تفکر مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه درجای خود قرار دادن تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۹/۱۶$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه درجای خود قرار دادن در معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه درجای خود قرار دادن گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۱ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان سازگار در زمینه درجای خود قرار دادن مربوط به تأثیر آموزش طرح واره درمانی می‌باشد.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مؤلفه‌های آن در معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۰۶	۴	۳۵	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۴	۳۵	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۶/۵۸۵	۴	۳۵	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۵۸۵	۴	۳۵	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۱۰ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مؤلفه‌های آن) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۷/۵۶$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، پنج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۱۱ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۳ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مؤلفه‌های آن مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۱۱: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۲۹۵/۱۴	۱	۲۹۵/۱۴	۲۵/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۷
گروه	۱۲۴/۷۵	۱	۱۲۴/۷۵	۲۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹۲
خطا	۸۵/۵۲	۳۷	۳۹/۴۵				
گروه	۵۵۲/۷۴	۱	۵۵۲/۷۴	۳۳/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
گروه	۲۰۶/۵۲	۱	۲۰۶/۵۲	۲۵/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹۲
خطا	۱۲۱/۸۵	۳۷	۳۵/۸۵				
گروه	۳۶۴/۵۴	۱	۳۶۴/۵۴	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۶	۰/۳۶	۰/۹۹۲
گروه	۹۸/۳۹	۱	۹۸/۳۹	۲۸/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹۷
خطا	۴۴/۶۳	۳۷	۲۱/۸۵				
گروه	۲۸۹/۷۸	۱	۲۸۹/۷۸	۱۸/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰
گروه	۸۷/۴۷	۱	۸۷/۴۷	۲۳/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹۲
خطا	۳۲/۵۲	۳۷	۱۹/۸۵				

همان طوری که در جدول ۱۱ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش خود تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۲/۶۵$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش خود در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان در زمینه سرزنش خود گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۱ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش خود مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۵/۴۵$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه نشخوار فکری در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه نشخوار فکری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا

تفاوت برابر با ۰/۳۵ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه نشخوار فکری مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه فاجعه انگاری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۸/۵۱$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه فاجعه انگاری در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه فاجعه انگاری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه فاجعه انگاری مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش دیگری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۳/۵۸$). به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش دیگری در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش دیگری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۴ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در زمینه سرزنش دیگری مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۴ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون بهزیستی روانشناختی مربوط به تأثیر طرح واره درمانی می‌باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های ملکی، محمدزاده و قوامی (۱۴۰۰)، قوام، شهابی زاده و میری (۱۳۹۴)، شجاعی و سلیمانی (۱۳۹۹)، محمودپور، یزدان پناه، آسایش، قهرمانی و احمدبوکانی (۱۳۹۹)، شمسیان؛ فرهادی شوربلاقی و ابوذری، (۱۳۹۹)، عنایتی، امیدیان و عابدی (۱۳۹۸)، والینت (۲۰۱۲)، والستون (۲۰۱۹)، مارتین (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که افراد با احساس بهزیستی بالا با طرح واره درمانی به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر بیماری های روانتنی، اضطراب، افسردگی و خشم تجربه می‌کنند، باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند، یعنی احساس رضایت مندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی‌آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوماً حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی‌آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است.

همچنین می‌توان اظهار داشت که رشد انسان در زمینه های روانی، اجتماعی، جسمانی، جنسی، شغلی، شناختی، الگو (خود) اخلاقی و عاطفی صورت می‌گیرد هر یک از زمینه ها نیازمند مهارت و توانایی می‌باشد. زمانی که افراد مهارت های هوش هیجانی اساسی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می‌کنند. طرح واره درمانی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری ها و اختلالات روانی و راه های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه ای در پی این است که علاوه بر درمان موثر بیماری ها و ناراحتی ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه ها و برنامه

هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لااقل کاهش ناراحتی ها ارائه کند. درتایید این مدعا همین بس که سلیگمن، از نظریه پردازانی که معروف ترین و مشهورترین نظریه او درماندگی آموخته شده است، در دو دهه اخیر روان شناسی مثبت را طرح ریزی نمود و به تدوین اثری به نام شادی های معتبر پرداخته و در آن بر شادی و شاد زیستن تاکید می کند و حال نظریه های قابل قبولی در روانشناسی مثبت بیان می دارد.

در تبیین نتیجه بدست آمده، بر اساس نظریه یانگ (۲۰۰۷) می توان گزارش نمود که در طرحواره درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. در طرحواره درمانی، درمانگر به بیمار کمک می کند انتخاب های سالم تری انجام دهد، رفتارهای مقابله ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب رسان زندگی را کنار بگذارد. مطالعات حاکی از نقش داشتن طرحواره های ناسازگار اولیه در بروز آسیب های روانی هستند. یعنی طرحواره ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم، نگرش های تحریف شده، فرض های نادرست و هدف ها و انتظارات غیر واقع بینانه ظاهر می شوند. همچنین تمایل فرد به «هماهنگی شناختی» باعث می شود که موقعیت ها را به گونه ای سوء تعبیر کند که طرحواره ها تقویت شوند، به طوری که بر داده های همخوان با طرحواره تاکید می کند و داده هایی را که با طرحواره منافات دارند نادیده می گیرد و یا کم ارزش می شمارد. طرحواره ها بازنمایی های دقیقی از محیط افراد را نشان می دهند (احمدی زاده، ۱۴۰۰). حس عاطفی فرد از توصیف دوران کودکی و نوجوانی از طریق طرحواره ها تقریباً همیشه درست است حتی اگر دلیل آن مشخص نباشد. طرح واره های ناکارآمد اغلب زیر بنای نشانه های اختلالاتی همچون: اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلالات روان - تنی و ... می باشد. ابعاد طرحواره ها از نظر شدت و گستره فعالیت شان فرق دارند. هر چقدر طرحواره ای شدیدتر باشد، شمار بیشتری از موقعیت ها می تواند آن را فعال سازد. به طور کلی هر چه طرحواره ای شدید تر باشد فرد به هنگام برانگیخته شدن طرحواره، عواطف منفی بیشتری را تجربه می کند و زمان بیشتری در ذهن فعال می ماند، امروزه روانشناسان معتقدند نقش عمده ای برای عوامل شناختی در ایجاد اختلالات قائل هستند. آنان معتقدند وقتی در فکر، باور و شناخت های افراد انحراف پایدار و مداومی ایجاد می شود او به تدریج دچار اختلالات، فردی های روانی و جسمی می شود. بنابراین منطقی بنظر می رسد که بپذیریم طرح واره درمانی بر بهبود بهزیستی روانشناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد موثر بوده است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگار تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار گروه آزمایش شده است. این نتیجه با برخی نتایج تحقیقات شایوسی زاد و آهنگریان (۱۴۰۰)، جوادی (۱۳۹۹)، زارع و همکاران (۱۳۹۸)، اوئی و مهریزی (۱۳۹۸) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین نتیجه این فرضیه می توان گفت که بعضی از افراد ممکن است در شرایط عادی در واکنش به مشکلاتی که در زندگی روزمره خود با آنها روبه رو می شوند، دچار افسردگی، غم یا احساس درماندگی شوند. کسانی که در واکنش به این مشکلات، اعتیاد را انتخاب می کنند، به احتمال زیاد بیشتر از دیگران در معرض آسیب ها و ناکامی هایی قرار گرفته اند که به آنها توجهی نشده است یا به جای رویارویی با مشکلات بزرگ، در مقابل آنها درمانده و ناتوان شده اند. هیجان ها از بزرگ ترین نعمت های الهی اند که در انسان به ودیعت نهاده شده، زندگی بدون آن ها، بی روح، تیره و ماشینی می نماید و سلامت روانی و عقلانی انسان ها تا حد زیادی به سلامت هیجانی وابسته است. وضعیت هیجانی می تواند قضاوت های فرد در مورد رفتارهای خود و دیگران و نیز نحوه برخورد های اجتماعی وی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین ما باید یاد بگیریم، چگونه پیام های هیجانی دیگران را بخوانیم، بازشناسی کنیم و طبق آن ها رفتاری مناسب انجام دهیم. شواهد بسیاری نشان می دهند افرادی که در زمینه احساسات و عواطف خود قوی و چیره دست هستند، یعنی احساسات خود را به خوبی کنترل می کنند و احساسات دیگران را درک کرده اند و با آن ها به خوبی کنار می آیند، در هر زمینه زندگی، خواه روابط خصوصی و خانوادگی و خواه در مراودت های

سیاسی و اجتماعی از مزیت خوبی برخوردارند (امین آبادی، ۱۴۰۰). اداره هیجان ها ممکن نیست، مگر اینکه با هیجان های بنیادین مثل خشم، ترس، اضطراب، شادمانی، تعجب، اندوه، انزجار و عشق آگاه باشیم و همچنین از دانش کافی درباره سطوح هیجان، مراحل، تظاهرات جسمانی، عاطفی، شناختی و رفتاری آن ها، هیجان های مثبت و منفی و شدت و ضعف آن ها برخوردار باشیم. شناخت هیجان ها به ما قدرت تحلیل و کنترل می دهد و هر قدر این شناخت (قدرت) بیشتر باشد به سوی مدیریت و کنترل عواطف و بهبود روابط بین فردی جلوتر رفته ایم و در مجموع، گام بزرگی در موفقیت زندگی خود در ابعاد گوناگون برداشته ایم. با توجه به اینکه در این پژوهش سؤال محقق این بوده است که آیا طرح واره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان سازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تأثیر دارد، در این پژوهش نشان داده شد که می توان با آموزش به معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تأثیر عمده ای در بهبود وضع زندگی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد داشته باشد و با توجه به تایید فرضیه های تحقیق (به صورت تئوری) و همچنین بازخوردی که از معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شرکت کننده در دوره آموزشی و بعد از آن گرفته می شد، می توان به این نتیجه رسید که حتی آموزش یک نفر از معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد (البته در جای یکه خود فرد مشتاق به آموزش و تغییر باشد) می تواند تغییراتی هرچند کم در بهبود اوضاع ایجاد کند.

از طرفی یکی از درمان های روان شناختی که برای معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد طراحی شده است، طرحواره درمانی است که براساس الگوی ارائه شده از سوی جفری یانگ می باشد. منطبق بر دیدگاه طرحواره درمانی، افراد با مجموعه ای از شرایط از جمله تجارب ناسازگار اولیه، خلق و خوی هیجانی خاص، نوع پاسخدهی های هیجانی والدین به نیازهایشان، گروهی از طرحواره های ناسازگاری را تشکیل می دهند که در رفتارها و واکنش های بعدی شان نسبت به محیط موثر است. در مفهوم پردازی طرحواره ها به عنوان ساز و کارهای اصلی، مسئول مشکلات بیمار هستند. فرآیند مفهوم سازی درباره ی طرحواره های زیرین چالش انگیز است. قسمتی از این چالش به این دلیل است که طرحواره ها به آسانی در دسترس افکار آگاه نیستند (ریزو^{۱۲}، تویت^{۱۳}، استین^{۱۴} و یانگ، ۲۰۰۷).

طرحواره درمانی به درمانگر کمک می کند تا مشکلات مزمن و عمیق معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد را دقیق تر تعریف کرده آنها را به گونه ای قابل درک سازماندهی کند. در این مدل، رد پای طرحواره ها با تاکید بر روابط بین اشخاص از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می شود. با به کارگیری این مدل، معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد می توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت خود ناهمخوان دیده و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی در مبارزه با طرحواره ها با افراد هم پیمان می شوند و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر رو به رو می کنند. بنابراین می توان پذیرفت که طرح واره درمانی بر افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد موثر است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان ناسازگار تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح واره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگار گروه آزمایش شده است. این نتیجه با برخی نتایج تحقیقات شایسی زاد و

¹².Riso

¹³.Toit

¹⁴.Stein

آهنگریان (۱۴۰۰)، جوادی (۱۳۹۹)، زارع و همکاران (۱۳۹۸)، اوئی و مهریزی (۱۳۹۸) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی که پیش از رخداد حادثه استرس زا فعال می شوند باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می گردند که پاسخ های هیجانی مرتبط با آن موقعیت راکاهش می دهد. هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می شود احساس خوب و خوش بینی برای کنترل هیجان کافی نیست بلکه وی نیاز دارند که در این موقعیت ها بهترین کارکرد شناختی نیز داشته باشد. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است، زیرا انسان ها با هر چه مواجه می شوند آنرا تفسیر می کنند و تفسیرهای شناختی تعیین کننده واکنش های افراد است. بنابراین نمی توان نقش تنظیم شناختی هیجان را در سازگاری افراد با وقایع استرس زای زندگی نادیده گرفت. به استناد ولز^{۱۵}، (۲۰۰۷) در رویکردهای نوین نیز، علت اختلالات هیجانی به نقص در کنترل های شناختی نسبت داده می شود، به طوری که ناتوانی در کنترل هیجان منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه های ناکارآمد مقابله ای است. نتایج پژوهش ها نشان داده اند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان ها بر شادمانی روان شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می گذارد. به عنوان مثال، نشانه های نارسایی تنظیم شناختی هیجان در بیش از نیمی از اختلالات محور I و در تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می افتد. شواهد پژوهشی همچنان نشان می دهند که تنظیم مشکل دار هیجان ها، نظیر خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی نقش دارند (امین آبادی، ۱۴۰۰). از سوی دیگر چون در خلال مهارتهای ارتباطی، به معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد آموزش رفتار قاطعانه داشتن و مسئولیت پذیری به جای کناره گیری و فروخوردن خشم داده شد، در نتیجه با استفاده از این مهارتها معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد توانستند خشم خود را به دیگران به طور صحیح ابراز نمایند و از مضرات فروخوردن و کناره گیری آن دوری کنند، بنابراین به آرامی یاد گرفتند که در الگوهای رفتاری خود در هنگام تعارضات کمتر از الگوی کناره گیری و اجتناب استفاده کنند.

طرح وارده ها، به عنوان بخش زیرین و سخت شناخت های افراد، که اغلب در دوران تحولی رشد شکل گرفته اند، با رفتار ناسازگارانه در مقاطع بعدی رشد افراد ارتباط برقرار نمود. طرحواره ها موجب سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها شده، موجب نگرش های تحریف شده، گمانه های نادرست و اهداف و چشم داشت های غیرواقع بینانه می شوند. طرحواره ها، عمیق ترین سطح شناخت هستند و الگوی ثابت و درازمدتی دارند که در دوران کودکی به وجود می آیند و تا بزرگسالی ادامه پیدا می کنند و تا حد زیادی ناکارآمدند. آن ها نقش های اولیه و پایه ای بر تجارب افراد داشته، بر فرایند تجارب بعدی اثر می گذارند.

از آن جا که طرحواره ها به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده ها و شکل گیری روانبدهای فرد موثر بوده و می تواند آسیب های روانشناختی و اجتماعی پدید آورد. در حقیقت طرحواره ها تعبیرها و تفسیرهای فرد از هر رویدادی را تحت تأثیر قرار می دهند و فرد براساس این پیش زمینه هایی که در ذهن دارد از رویدادها برداشت خاص خود را دارد، به طور مثال افرادی که دارای طرحواره رهاشدگی/بی ثباتی هستند، اعتقاد دارند افراد مهم در کنارش نمی مانند و نمی توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. روابط آنان با افراد مهم زندگی بی ثبات است، می توان گفت این افراد مدام استرس و نگرانی آن را دارند که از سوی خانواده و دوستان طرد شوند، یعنی اگر رویدادی مثل یک تذکر معمولی از سوی کسی مثل پدرش دریافت کند این گونه برداشت خواهد کرد که پدرش قصد دارد وی را رها کند و یا از خانه بیرون کند، بنابراین استرس و فشار زیادی را تحمل خواهد کرد (خجسته مهر، ۱۳۹۷).

طرحواره ها تعیین کننده راه های میان بر پردازش اطلاعات و نهایتاً پیامدها و محتواهای شناختی هستند و اصولاً از طریق پردازش اطلاعات از طریق یک طرحواره است که شخصی به نتیجه گیری وراء اطلاعات داده شده به او می رسد. در رشد شناختی طرحواره قالبی است که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجربه را تبیین نمایند. در

¹⁵ Wells

بافت روانشناسی و روان درمانی طرحواره به طور کلی به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم مرتبط با حوزه روان درمانی این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند و به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسأله همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به هماهنگی شناختی از آن یاد می شود یعنی حفظ دیدگاهی با ثبات درباره دیگران، حتی اگر نادرست یا تحریف شده باشد. از سوی دیگر افراد به سمت وقایعی کشیده می شوند که با طرحواره هایشان همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طرحواره ها سخت است. مهمترین موضوع این است که رویکرد طرحواره درمانی در مقایسه با درمان های متداول بسیار دلسوزانه و انسانی است. طرحواره درمانی به جای اینکه اختلالات روانشناختی را پدیده ای غیر عادی بنگرد آنها را طبیعی جلوه می دهد. هر فردی که برای درمان مراجعه می کند ذهنیتی دارد که ممکن است حالتی افراطی و یا انعطاف پذیر به خودش گرفته باشد. همچنین این رویکرد با افراد بسیار احترام آمیز و همدلانه برخورد می کند. هدف از این درمان این است که فرد به جای سبک های مقابله ای ناسازگار از سبک های مقابله ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خودشان را ارضا کنند.

منابع

- آرجیل، مایکل. (۲۰۰۱). *روانشناسی نشاط دهنی*، ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمید طاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ، فاطمه بهرامی. (۱۳۹۸). انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- آخوندی، فاطمه؛ آخوندی، فاعقه. (۱۴۰۰). *اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت از زندگی و سلامت روان افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات زنجان.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۷). *اعتیاد (سبب شناسی و درمان آن)*. تهران: انتشارات پیام نور
- احمدی، پریسا. (۱۴۰۱). *مقایسه تاب آوری، عزت نفس و ادراک حمایت اجتماعی در مردان سوء مصرف کننده مواد و مردان عادی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دولتی - وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری
- اقبال، شیرین و آشتیانی، زینب. (۱۴۰۱). *اعتیاد به مواد مخدر*، تهران: انتشارات عقیل
- امین آبادی، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، احمد و صالحی، اعظم. (۱۴۰۰). رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل فردی و خانوادگی، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱ (۱): ۱-۱۸.
- احمدیان، نسرين. (۱۳۹۹) بررسی اثر طرح واره درمانی در دانش آموزان خفیف فکری. دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه در همایش اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی ۱۹-۱۸.
- احمدی زاده، فلور. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین تفکرات غیرمنطقی و سلامت روانی با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی شهید بهشتی.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۴۰۰). *اعتیاد و فرایند پیش گیری*، تهران: انتشارات سمت.
- برقی، فتنه. (۱۴۰۰). *سنجش اعتیاد پذیری دانش آموزان دبیرستان های تهران به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف کننده مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- بیگی علی، شیرازی محمود، پسندیده مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک های مقابله ای معنادار تحت درمان نگهدارنده متادون. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۷ (۲۶): ۹۵-۱۱۰.
- پور سردار، فیض اله؛ علیپور، ذبیح اله؛ عبدی زرین، سهراب؛ سنگری، علی اکبر. (۱۳۹۸). تأثیر بهزیستی روانی بر سلامت روانی و رضایت از زندگی. یک الگوی روان شناختی از بهزیستی، یافته. شماره ۱، دوره چهاردهم
- ثمری، علی و لعلی فاز، آرمان. (۱۳۸۴). مطالعه اثربخشی طرح واره درمانی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی، فصلنامه اصول بهداشت روانی سال هفتم، بهار و تابستان، شماره بیست و پنج و بیست و شش، صفحه ۴۷-۵۵.

- حقیقی، جمال و همکاران. (۱۴۰۱). بررسی تاثیر طرح واره درمانی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول متوسطه، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اندیمشک، دوره سوم، سال سیزدهم
- خجسته مهر، رضا (۱۳۹۷). بررسی تاثیر روانشناسی گروهی طرح واره درمانی و افزایش احساس مثبت نسبت به همسر در زنان دارای همسر معناد شهر/هواز، کارشناسی ارشد، تازه ها و پژوهش های روانشناسی، ۲۷.
- خدایپناهی، محمدکریم. (۱۳۹۸). انگیزش و هیجان، تهران، انتشارات ارجمند
- جبارزاده قشلاق، رویا؛ بزازیان، سعیده، شقاقی، فرهاد. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح واره درمانی بر بهزیستی روانی معلمان زن، سومین همایش ملی مشاوره، خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- جواد، مهروز، مهروز سپهوند، محمودی، محمدجعفر. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر طرح واره درمانی بر کیفیت زندگی پرستاران، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان دوره بیست و یکم، شماره ۱
- رزمی زاده، حبیب. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر کاهش استرس و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور کنگان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد مرودشت
- زارع حسین، سلگی، زهرا. (۱۳۹۸). بررسی رابطه راهبرد های تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی در سلامت روانشناختی، دوره ششم، شماره سوم.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام و صحرادر، نرگس (۱۳۹۸) بهزیستی روان شناختی، سلامت روان و رضایتمندی از زندگی (مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- سلطانی، زهرا. (۱۳۹۹). نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در بهزیستی روانی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.
- سازمان بهداشت جهانی، (۲۰۰۱)، برنامه ی آموزش مهارت های زندگی، ترجمه ی نوری قاسم آبادی، ربابه، محمد خانی، پروانه، (۱۳۹۸)، تهران واحد بهداشت و روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان بهداشت جهانی
- عسکریان، سمیه اصغری، محمد جواد، حسن زاده، محمدحسن. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مهارت های مقابله دینی بر تاب آوری، انطباق پذیری و مدیریت فشار روانی همسران جانبازان، مجله علمی -پژوهشی طب جانباز سال ششم، شماره بیست و یکم
- شیخ الاسلامی، راضیه. (۱۳۹۸). پیش بینی مولفه های شادکامی زنان متأهل از طریق عزت نفس و روابط زناشویی، زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان)، ۳(۱): ۳۷-۵۲.
- صادق، ناصر. (۱۴۰۰). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی پرسشنامه نشاط ذهنی و رابطه نشاط ذهنی با شادکامی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.
- صانعی، یاسمن. افشار، هنرمند. (۱۳۹۹) بررسی همه گیری اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷، سال سوم. شماره ۴.
- فولادی، فائزه، اژه ای جواد، غلامعلی، لواسانی مسعود، بزرگ ک، هنمویی ساناز، جلوانی، راضیه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش طرح واره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل، آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی): بهار ۱۳۹۹، دوره ۶، شماره ۲۱
- طارمیان، فرهاد. (۱۳۹۸). طرح واره درمانی تعاریف و مبانی نظری، تهران، انتشارات تربیت
- کاوه، منیژه. (۱۳۹۸). تدوین برنامه افزایش بهزیستی روانی در برابر استرس و تاثیر آموزش ان در مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف، پایان نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- گردی، فلور. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین تفکرات غیرمنطقی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی شهید بهشتی.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر بهزیستی روانی در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- میرزایی، سیدحسن، حسنی، جعفر. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح واره درمانی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان نوجوانان، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷

ولی زاده، مهدی و حسنوندی، صبا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور. اولین همایش یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت. دانشگاه فردوسی مشهد.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ ویشار، ماری جوی. (۲۰۰۳). طرحواره درمانی. ترجمه: حسن حمید پور، زهرا اندوز. (۱۳۹۸). تهران: ارجمند.

Amato, E.S & Brown, M.N (2018). Love and intimate relationship. London. Brunner Mazzel press.

Aldous,J (2019). Family Careers: rethinking the developmental perspective. Sag Publication, Inc.

Aponte, H. (2010). Political bias,moral values, and spirituality in the training of psychotherapists. Bulletin of the Menninger clinic, 60, 88-502.

Burleson, B.R & Denton. W.H. (2007). The relationship between Emotion Management and marital satisfaction.. Journal of marital and family, 59,884-902.

Carroll, J.S., & Doherty, W.J. (2012). Evaluating the effectiveness of premarital prevention programs. A meta analytic reviw of outcome research. Family Ralation, 52,105-118.

Christensen, A.& Heavey, C.L. (2019). Intervention for couples. Annual Review of psychology, 50,165-190.

Catanzaro. M, & Weintraub, J.K. & Scheier,M.F. (2019). Coping with stress, journal of world Health,vol,47. P:9-20.

Crowe, M. & Ridley, J. (2008). Therapy With couples: A behavioral-systems approach to Emotion Management and sexual Problem. Second Edition. Blackwell Science

Epstein, N, Baucom, D.H., (2024). Enhanced cognitive- Behavioral therapy for couples: contextual Approach. From: <http://www.books.apa.org/Books>.

Frasure, N, Lesperance, F. (2017). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. Arch Gen Psychiatry; 65,pp: 62-71.

Gentry, L. A., Chung, J. J., Aung, N., Keller, S., Heinrich, K. M., & Maddock,G. E. (2018). Gender Differences in Stress and Coping among Adults living in Hawai`i. Californian Journal of Health Promotion, 5 (2): 89-102.

Gottman, G.M, & Levenson, R.W. (2017). The timing of divorce. Prediting when a couple will divorce over a 14 year perid. Journal of Marriage and the family. 62,737-745.

Goffman, J.M. (2019). The taiming of divorce: predicting when a couple will divorce over a 14- year period. Journal pf marriage and the family. 62,737-745.

Hansson, k., & Lund bland, A., (2018). Couple therapy effectiveness of treatment and long tem follow up. Journal of Family Therapy, 28,136-202.

Higgins, E.T. (2022). Making a good decision: Value From fi t. American Psychological Review, 94 (3): 319-40.

Jacobson. N.S, & Addis, M.E. (2022). Reserch on couple and couple therapy. What do know. Where we going. Journal of Consulting and Clinical psychology, 61,85-93.

Johanson, S.M. (2017). The revolution in couple therapy. Journal of marriage and Family Therapy, 29,348-365.

Kaiser, A.Hahweg, K.,Wolfsdorf, F, Groth, T. (2017). The efficacy of compact psychoeducational group training program for mental health. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,735-760.

Larsena, J. K., Branda, N., Bermondb, B., and Hijmanc, R. (2017). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia, a review of neurobiological studies. Journal of Psychosomatic Research, 54: 533– 541.

Linshi,M. (2018). The Association between Adult Attachment style and conflict Resdution in Romantic Relationships. The American Journal of family Therapy. 68(4), 345-356.

Martensson,J; Dracup,K; Canary, C &

Markman, H.J.,Halford, W.K., Stanly S.M. (2019). Fighting for your marriage new and evised version. San Francisco: jossey- Bass.

Maryer, D. J., Caruso, R. D., & Salovey, P. (2018). Emotional intelligence meets, traditional standards for intelligence. Intelligence 27, 367 – 298.

Mirgain,S.A.,and Cordova,J.V. (2018).Emotion skills and marital health:the association between

observed and self reported emotion skills,intimacy and marital satisfaction.Journal Of Social And Clinical Psychology,36(9):983_1009.

Moor, E, Halford, W.K.Wilson, K.L.,Farrugia, C. (2018). Benefits of fiexible delivery Emotion: An evaluation of the effect of Emotion Management training, Family Relaions, 53,469-476.