



Original Paper

Effectiveness of Group Schema Therapy on Aggressive Behaviors in Individuals with Substance Use Disorder

Mahboobeh Zahedi¹ , Kazem Shariatnia (Ph.D.)^{*2} , Afsaneh Khajevand Khoshli (Ph.D.)³

¹ Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. ² Assistant Professor, Department of Psychology, Azad Shahr Branch, Islamic Azad University, Azad Shahr, Iran. ³ Associate Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Substance use disorder is recognized as one of the most significant issues impacting the youth population both globally and within our country, leading to psychological consequences alongside physical problems. Aggressive behaviors are among the behavioral complications resulting from substance abuse. This study was conducted to determine the effect of group schema therapy on aggressive behaviors in individuals with substance use disorder.

Methods: This quasi-experimental study was conducted on 42 male participants with substance use disorder at the Hirkanian Comprehensive Addiction Treatment Center in Gorgan, Iran during 2021. An 8-session integrated schema therapy protocol was implemented in the experimental group. The schema therapy protocol included cognitive techniques (schema validity testing), assessment of the advantages and disadvantages of coping styles, experiential strategies, such as mental imagery and role-playing in the group, mindset dialogue, and identification and practice of healthy behaviors as alternative solutions to the most significant problematic behaviors. Scores on the Buss-Perry Aggression Questionnaire (1992) were compared between the control and intervention groups in the pre-test and post-test phases.

Results: The mean and standard deviation of post-test aggression scores in the experimental group (79.619 ± 12.212) significantly decreased compared to the control group (107.476 ± 7.890) ($P < 0.05$).

Conclusion: Schema therapy was found to be effective in reducing aggressive behaviors in individuals with substance use disorder.

Keywords: Schema Therapy, Aggression, Substance-Related Disorders

*Corresponding Author: Kazem Shariatnia (Ph.D), E-mail: kazemshariatnia@yahoo.com



Received 22 Apr 2024

Final Revised 17 Aug 2024

Accepted 19 Aug 2024

Published Online 16 Apr 2025

Cite this article as: Zahedi M, Shariatnia K, Khajevand Khoshli A. [Effectiveness of Group Schema Therapy on Aggressive Behaviors in Individuals with Substance Use Disorder]. J Gorgan Univ Med Sci. 2025; 27(1): 43-51. [Article in Persian]

10.21859/JGorganUnivMedSci.27.1.43





Introduction

Substance and stimulant use and dependence lead to structural changes in society across economic, social, political, and cultural domains, representing a challenging global issue. Available statistics indicate that substance use disorder affect more than 7% of the world's population and 5% of the active population in Iran. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), considers the essential feature of substance use disorder to be the presence of cognitive, behavioral, and physiological symptoms, such as impaired control over substance use, social dysfunction, risky use, and physiological dependence occurring within a 12-month period. One of the complications associated with substance use is aggressive behavior. Aggression can be categorized into overt and indirect forms. Overt aggression may manifest physically (e.g., physical assault) or verbally (e.g., verbal threats). Indirect aggression occurs through behaviors such as backbiting and rumor-spreading, which can culminate in an individual's isolation from society. In both categories, the mental health of the individual and the community is adversely affected by these behaviors.

Alongside pharmacological treatments and preventative programs for substance use disorder, various therapies and interventions employing physical, psychological, and spiritual approaches have been utilized as well. These approaches include psychoanalysis, behavior therapy, pharmacotherapy, cognitive and interpersonal psychotherapies, individual and group therapies, and supportive group therapy, which the efficacy of some of them has been confirmed by empirical evidence. Nevertheless, these therapies, such as catharsis in psychoanalysis or behavior modification in behavior therapy through the provision of novel reinforcement for appropriate behavior, reduce the speed and success of treatment due to their efficacy being limited to a single context and their neglect of other relevant contexts.

One of the novel therapies for addressing the problems of substance-dependent individuals is schema therapy. This treatment is an integration of cognitive, experiential, and behavioral pattern-breaking intervention strategies. Schema therapy is a structured and organized approach that overlaps with other therapeutic models, such as cognitive, Gestalt, object relations, psychoanalytic, and constructivist approaches, while not fully aligning with any single therapeutic approach.

By combining four modalities, i.e., cognitive, experiential, behavioral, and relational approaches, schema therapy in individuals not only challenges maladaptive schemas, which are the primary cause of ineffective and irrational thoughts, but also emotionally reduces and depletes negative emotions, such as anger stemming from unmet needs for spontaneity and secure attachment.

Schema therapy is an effective treatment in the field of substance use disorder, influencing individuals' coping styles and emotion regulation, and can also be effective in reducing avoidance behaviors and substance cravings. This study was conducted to determine the effect of group schema therapy on aggressive behaviors in individuals with substance use disorder.

Methods

This quasi-experimental study was conducted on 42 male individuals with substance use disorder. The participants were allocated into two groups of 21: A control group and an experimental group. For the experimental group, an integrated schema therapy protocol consisting of eight 2-hour sessions was implemented, while the control group received the clinic's routine treatment approach.

The inclusion criteria included provision of informed consent to participate in the study; a minimum of 20 days having elapsed since admission to a rehabilitation center and physical detoxification;

physical health (based on the patient's medical record); and an age range of 20 to 75 years. It is noteworthy that the patients had a history of stimulant use.

The exclusion criteria included incurable physical illness; absence from more than one class session; lack of necessary mental health and, occasionally, severe psychosis (based on the patient's medical record) requiring solely pharmacotherapy; dishonesty; lack of cooperation in completing questionnaires; and physical or psychological inability to participate in the course after informed and personal consent.

Aggression was assessed using the revised version of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (1992). This questionnaire is a self-report instrument comprising 29 items to evaluate four types of aggressive behavior (physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility). The reliability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire was examined using the test-retest method and Pearson's correlation coefficient. The reliability coefficients were determined to be 0.74, 0.78, 0.68, and 0.68 for the factors of anger, aggression, resentment, and suspicion, respectively.

Results

The mean and standard deviation of the aggression score in the schema therapy group (79.619 ± 12.212) were better in the post-test compared to the control group (107.476 ± 7.890) ($P < 0.001$). According to the results of the post-hoc analysis of covariance (ANCOVA) on aggression scores, after adjusting for the pre-test, schema therapy had a significant effect on aggressive behaviors in substance-dependent individuals ($F = 124/359$).

Conclusion

Based on the findings of this study, schema therapy was effective in reducing aggressive behaviors in individuals with substance use disorder.

Early maladaptive schemas can be activated in situations involving exposure to substances and anger-provoking stimuli. Thus, by directly addressing these early schemas in challenging situations, schema therapy can be effective in increasing individuals' tolerance for conditions that generate aggression and substance craving, ultimately giving rise to an improvement in substance use disorder.

The limitations of this study include the inability to fully control variables, such as cultural, economic, and social status, as well as the focus on a male population. Additionally, due to time constraints and the anticipated attrition of participants, the follow-up of treatment effects were not conducted. It is recommended that future studies consider the follow-up of treatment effects, which necessitates greater collaboration between addiction treatment centers and the protocol implementation site. Given the favorable effectiveness of schema therapy on substance use disorder and aggressive behavior, it is proposed that this therapy be utilized as an efficacious psychotherapy alongside pharmacotherapy to improve the symptoms of substance use disorder and its consequences on a broader scale. It is also recommended that future studies be conducted on a female population.

Ethical Statement

The current study was approved by the Research Ethics Committee of Islamic Azad University, Chalus Branch (IR.IAU.CHALUS.REC.1401.072).

Funding

This article has been extracted from Mahboubeh Zahedi's Ph.D dissertation in General Psychology at Islamic Azad University, Gorgan Branch.

Conflicts of Interest

No conflicts of interest.

Schema therapy is effective in reducing aggressive behaviors in individuals with substance use disorder.



تحقیقی

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر رفتارهای پر خاشگرانه مبتلایان به اختلال مصرف مواد مخدر

محبوبه زاهدی^۱، دکتر کاظم شریعت نیا^{۲*}، دکتر افسانه خواجوند خوشلی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران. ^۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال مصرف مواد از جمله معضلات جمعیت جوان در دنیا و نیز در کشور ما محسوب می‌شود که علاوه بر مشکلات جسمی، عواقب روانی نیز به دنبال دارد. رفتارهای پر خاشگرانه از جمله عوارض رفتاری ناشی از سوء مصرف مواد هستند. این مطالعه به منظور تعیین اثر طرحواره درمانی گروهی بر رفتارهای پر خاشگرانه مبتلایان به اختلال مصرف مواد مخدر انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه شبه تجربی روی ۴۲ مرد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر مقیم در مرکز جامع درمان هیپرکانیان در گرگان طی سال ۱۴۰۰ انجام شد. پروتکل طرحواره درمانی ۸ جلسه‌ای تلفیقی در گروه تجربی اجرا شد. پروتکل طرحواره درمانی شامل تکنیک‌های شناختی (آزمون اعتبار طرحواره‌ها)، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، راهبردهای تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش در گروه، گفت و گوی ذهنیت‌ها و بررسی و تمرین رفتارهای سالم به عنوان راه حل جایگزین در برابر مهم‌ترین رفتارهای مشکل ساز بود. نمره پرسشنامه رفتار پر خاشگری Buss و Perry سال ۱۹۹۲ در پیش آزمون و پس آزمون بین دو گروه کنترل و مداخله مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره پر خاشگری پس آزمون گروه مداخله ($79/619 \pm 12/212$) در مقایسه با گروه کنترل ($107/476 \pm 7/190$) به طور معنی داری کاهش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: روش طرحواره درمانی در کاهش رفتارهای پر خاشگرانه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، اثربخش ارزیابی شد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، رفتار پر خاشگرانه، اختلال مصرف مواد

* نویسنده مسئول: دکتر کاظم شریعت نیا، پست الکترونیکی: kazemshariatnia@yahoo.com

نشانی: آزادشهر، خیابان شهید رجایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر، تلفن ۰۱۷-۳۵۷۲۲۲۲۳-۶

وصول ۱۴۰۳/۲/۳ اصلاح نهایی ۱۴۰۳/۵/۲۷ پذیرش ۱۴۰۳/۵/۲۹ انتشار ۱۴۰۴/۱/۲۷

مقدمه

انرژی، صدمات شدید، آسیب و تخریب شود.^۲ رفتار پر خاشگرانه به عنوان هر شکلی از رفتار قابل مشاهده در نظر گرفته می‌شود که به دیگران صدمه و آسیب بزند. پر خاشگری می‌تواند به دو صورت آشکار و یا غیرمستقیم تقسیم‌بندی شود. نوع آشکار می‌تواند به صورت فیزیکی (مانند حمله فیزیکی) یا کلامی (مانند تهدیدات کلامی) باشد. نوع غیرمستقیم به صورت غیبت کردن و شایعه پراکنی رخ می‌دهد که می‌تواند باعث جدایی فرد از جامعه شود. در هر دو دسته، سلامت روان فرد و جامعه تحت تاثیر این رفتارها مختل خواهد شد.^۴

در کنار درمان‌های دارویی و نیز برنامه‌های پیشگیرانه برای درمان اختلال مصرف مواد، درمان‌ها و مداخلات متعددی نیز با رویکردهای جسمانی، روانشناختی و معنوی مانند روانکاوی، رفتار درمانی، دارو درمانی، روان درمانی‌های شناختی و بین فردی، درمان‌های فردی و

مصرف مواد مخدر و محرک و وابستگی به آن باعث دگرگونی ساختاری جامعه در حیطه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی می‌شود و از معضلات چالش برانگیز جهانی است. آمار موجود نشان‌دهنده اختلال مصرف مواد در بیشتر از ۷ درصد جمعیت دنیا و در ۵ درصد جمعیت فعال کشور ایران است.^۱ پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، ویژگی مهم اختلال مصرف مواد را وجود علائم شناختی رفتاری و فیزیولوژیکی همچون نقص در کنترل مصرف، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه می‌داند.^۲ یکی از عوارض همراه با مصرف مواد، رفتار پر خاشگرانه است که معمولاً در اثر احساسات منفی، خشم، غم، ناامیدی و تحریک اتفاق می‌افتد که می‌تواند باعث تلف شدن

گروهی و گروه درمانی حمایتی برای اختلال مصرف مواد به کار رفته که سودمندی برخی از آنها مورد تأیید شواهد تجربی قرار گرفته است.^۵ با این وجود، این درمان‌ها نظیر تخلیه هیجان در روانکاوی یا تغییر رفتار در رفتاردرمانی با ارائه تقویت تازه برای رفتار مناسب، به دلیل اثرگذاری تنها در یک زمینه و نادیده گرفتن زمینه‌های دیگر سرعت و موفقیت درمان را کاهش می‌دهد.^۶ همچنین در ذهن‌آگاهی بر تغییر لحظه به لحظه در آگاهی نسبت به افکار، عواطف و احساسات و حفظ آرامش با آگاهی بر تنفس صرفاً در زمان حال و خالی از قضاوت تأکید می‌شود. در حالی که طرحواره درمانی، طرحواره‌های ایجادکننده پرخاشگری را شناسایی و اصلاح می‌کند و با تکنیک رفتاری ایفای نقش رفتار مناسب را جایگزین رفتار پرخاشگرانه می‌کند. لذا ذهن‌آگاهی اثر عمیق طرحواره درمانی بر درمان ریشه این افکار و به تبع آن هیجانات را ندارد^۷ و یا محدودیت درمان شناختی نسبت به طرحواره درمانی آن است که طرحواره درمانی یک رویکرد جامع است و شاید دلیل برتری آن بر رویکرد شناختی، تأکید آن بر رویکردهای درمانی مختلف در طول درمان با مراجعان از جمله رویکردهای رفتاری، شناختی، تجربی و رابطه درمانی است. در حالی که درمان شناختی تنها یک بعد را در نظر داشته و بر تغییر افکار خودکار منفی تأکید می‌نماید. در حالی که طرحواره درمانی ریشه این افکار یعنی طرحواره‌ها را شناسایی و اصلاح می‌کند.^۸

با تکنیک‌های استاندارد در درمان شناختی رفتاری، رفتارهای خاص یک موقعیت می‌تواند توسط بیماران تغییر نماید؛ اما تغییر الگوهای رفتاری مزمن که از طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشأت می‌گیرند؛ احتیاج به یک رویکرد یکپارچه مانند طرحواره درمانی دارد که هم ریشه شناخت‌های ناسازگار را اصلاح کند و هم با تکنیک‌های تجربی، هیجان خشم را کاهش دهد.^۹ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید بر افزایش آگاهی از زمان حال، افزایش پذیرش هیجانات دشوار و افزایش اقدام متعهدانه بر اساس ارزش‌ها است. البته طرحواره درمانی نسبت به پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری اثربخشی بیشتری دارد. زیرا طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، تمرکز بیشتری داشته و علاوه بر روش‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر روش‌ها نظیر روش‌های تجربی و الگوشکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار داده و در نتیجه مؤثرتر عمل می‌کند.^۹ در اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های جرات‌مندانه و ابراز وجود به این افراد کمک کرده است تا ارتباطات خود را در مواقع مورد نیاز بازسازی کرده و بتوانند در شرایط بحرانی و تنش‌زا تصمیم‌های منطقی‌تری بگیرند و این مهارت‌ها می‌تواند باعث بهبود

رفتار و اعمال انطباقی و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه شوند که البته بر طرحواره‌ها که ریشه افکار و هیجانات منجر به پرخاشگری را در نظر دارند؛ توجه کافی را نداشته و با احتمال عود بیشتر همراه است.^{۱۰} از درمان‌های جدید برای حل مشکلات افراد وابسته به مواد، طرحواره درمانی است. این درمان تلفیقی از راهبردهای مداخلات شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری است و رویکردی ساختارمند و سازمان یافته است که با مدل‌های درمانی دیگر مانند رویکردهای شناختی، گشتالت، روابط اشیاء، روانکاوی و سازنده‌گرایی همپوشانی دارد و در عین حال با هیچ رویکرد درمانی به طور کامل مطابقت ندارد.^{۱۱} همچنین طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است. طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیرساخت‌های شناختی، تشکیل باورهای غیرمنطقی را به دنبال داشته و دارای مؤلفه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری هستند و با عود مصرف و اختلال مصرف مواد مرتبطند.^{۱۱}

طرحواره درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد افزون بر زیر پریش بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است؛ از نظر هیجانی نیز باعث کاهش و تهی‌سازی هیجانات منفی مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خود انگیزشی و دلبستگی ایمن می‌شود. همچنین افراد اغلب برای تسکین هیجانات منفی به مصرف مواد روی می‌آورند. به علاوه در این درمان به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداخته می‌شود که این موارد می‌تواند رفتار پرخاشگرانه همراه با مصرف مواد را کاهش دهد.^{۱۲} در مصرف کنندگان مواد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در بروز و تداوم راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان مؤثر باشند و طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند که رفتار خود را بشناسد؛ علت‌های زمینه‌ای را درک کند؛ هیجاناتش را تنظیم کند و افکار و رفتارهای خود را تغییر دهد تا بتواند با چالش‌ها، احساسات و رابطه به روش‌های سالم و سازنده کنار بیاید. تأثیر عمیق بر همه ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری و رابطه درمانی می‌تواند سبب برتری طرحواره درمانی نسبت به سایر درمان‌ها در بهبود پرخاشگری باشد. یکی دیگر از مزیت‌های مدل طرحواره، ایجاز و از سوی دیگر پیچیدگی و قابل تعمق بودن آن است. همچنین درک آن نیز برای بیماران و درمانگران راحت است.^{۱۳}

همچنین مزیت طرحواره درمانی گروهی بر فردی، کمک به اجرای تکنیک‌های درمانی به‌ویژه تکنیک‌های تجربی است که برانگیزاننده عواطف و هیجانات افراد است. گروه، بستری مناسبی فراهم می‌کند تا احساس تعلق، پذیرش، همدلی و انگیزه‌هایی از مشکل افزایش یابد و پیشنهاد و راه‌حل‌هایی توسط اعضای گروه دارای تجارب مشابه ارائه شود. همچنین در گفت و گوی ذهنیت‌ها،

تغییراتی در آن ایجاد نمودیم. تغییرات به منظور هماهنگی با مطالعه حاضر و مناسب جامعه ایران و گلستان بود. پرخاشگری، نه در جامعه عادی بلکه در افراد وابسته به مواد به ویژه مواد محرک مدنظر قرار داده شده است و طرحواره‌های زیربنایی هر دو مورد پرخاشگری و مصرف مواد در نظر گرفته شده است. پروتکل اجرای جلسات درمانی در جدول یک آمده است.

جدول ۱: پروتکل جلسات هشت گانه طرحواره درمانی

جلسه اول	آشنایی، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی، قواعد گروه شامل محرمانه بودن، احترام و گوش دادن، توضیح طرحواره درمانی، آموزش در خصوص ماهیت اختلال مصرف مواد، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی، اختلال مصرف مواد، طرحواره‌ها و پرخاشگری و سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی.
جلسه دوم	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، صحبت درباره ارتباط طرحواره با کودک درون مانند ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر و کودک پرخاشگر که در رفتار پرخاشگرانه دخیل است و ذهنیت محافظ بی‌تفاوت که در اختلال مصرف مواد مؤثر است. ایجاد آمادگی و انگیزه برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها، شناسایی افکار، پیش‌بینی، پس‌آیندها و برانگیزنده‌های میل به مواد، اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین، ارزیابی افکار و رفتار مراجع و آموزش درباره تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها.
جلسه سوم	سنجش و آشنایی افراد با طرحواره‌هایشان از طریق تصویرسازی ذهنی و ارائه بازخورد، تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار، طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، بیان طرحواره‌های مثبت و منفی و طبقه‌بندی آنها برای شناخت فرد از این طرحواره‌ها و برنامه‌ریزی رفتار مناسب در زندگی، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره و توجه به تحریف‌های شناختی، گفتگو بین جنبه طرحواره با جنبه سالم در گروه.
جلسه چهارم	شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند با مثال از زندگی، آشنایی و تقویت بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و آموزش راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده حین تصویرسازی ذهنی، هشیاری نسبت به نشانه‌های پرخاشگری و وسوسه مصرف و معرفی راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری همراه ایجاد انگیزه برای جنگ با طرحواره‌ها.
جلسه پنجم	شناسایی و ارزیابی طرحواره‌ها و تأثیرشان بر رفتار، راهبردهای شناختی از جمله آزمون اعتبار طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و تحریف‌های شناختی، استفاده از کارت‌های آموزشی برای یادآوری عواقب رفتار و اهداف دراز مدت، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	تغییر طرحواره‌ها با بکارگیری راهبردهای تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته و وقایع فعلی، توانمندسازی بیمار برای فاصله گرفتن از طرحواره با استفاده از تکنیک‌های هیجانی، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین محرک پرخاشگری و مصرف مواد، نفس عمیق و فاصله گرفتن چند دقیقه‌ای از محیط، ایفای نقش با کمک اعضای گروه به عنوان نماد والدین با موضوع پرخاشگری و تحریک، تخلیه هیجانی و ورود بزرگسال سالم برای ایجاد حمایت و آرامش و همدلی، نوشتن نامه به والدین.
جلسه هفتم	توضیح مجدد سبک‌های مقابله‌ای و تأثیرشان در تداوم طرحواره، اصلاح و تغییر طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک‌های رفتاری حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم از طریق ایفای نقش، استفاده از کارت‌های آموزشی برای الگوشکنی رفتاری، گفتگوی خیالی با والدین، گفتگوی جنبه طرحواره و بزرگسال سالم، آموزش شیوه درست و منطقی ابراز خشم یا در نظر گرفتن حقوق دیگران، برای ذهنیت محافظ بی‌تفاوت که در پرخاشگری و مصرف مواد دخیل است. مواجهه همدلانه همراه تعیین حدود، تکنیک محروم‌سازی برای مقابله با تکانشگری از جمله مصرف مواد، آمادگی لازم برای انجام آزمون‌های پایانی.
جلسه هشتم	ادامه تغییر طرحواره‌ها با بکارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری به این صورت که در برابر مهم‌ترین رفتارهای مشکل‌ساز، رفتارهای سالم به‌عنوان راه‌حل جایگزین بررسی و تمرین شده، بررسی روش‌های مؤثر تحمل خستگی و ناکامی حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش برای بکارگیری در موقعیت‌های زندگی واقعی و تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شده و تمرین شده و برگزاری آزمون پایانی.

برای بررسی پرخاشگری از نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry سال ۱۹۹۲ استفاده شد. پرسشنامه پرخاشگری دارای

تکنیک ایفای نقش و اصلاح رفتار می‌توان از اعضای گروه استفاده کرد. همچنین آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد.^{۱۴}

طرحواره درمانی یکی از درمان‌های اثرگذار در زمینه اختلال مصرف مواد است که بر سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان در افراد عمل می‌نماید و می‌تواند بر کاهش رفتارهای اجتنابی و همچنین ولع مصرف مواد نیز مؤثر باشد.^{۱۵} این مطالعه به منظور تعیین اثر طرحواره درمانی گروهی بر رفتارهای پرخاشگرانه مبتلایان به اختلال مصرف مواد مخدر انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه شبه‌تجربی روی ۴۲ مرد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر مقیم در مرکز جامع درمان هیرکانیان در گرگان طی مرداد ماه لغایت مهر ماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. بیماران در دو گروه ۲۱ نفری کنترل و تجربی قرار گرفتند. برای گروه تجربی پروتکل طرحواره درمانی ۸ جلسه ۲ ساعته تلفیقی اجرا شد و گروه کنترل روش درمانی معمول کلینیک را دریافت نمود.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد چالوس (IR.IAU.CHALUS.REC.1401.072) قرار گرفت. از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه اخذ شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ با فرمول کوکران ۴۲ نفر تعیین شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید.

پس از شرح هدف انجام مطالعه برای افراد و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان؛ پرسشنامه‌ها و نحوه تکمیل توضیح داده شد. به منظور افزایش همکاری افراد، یک متخصص روان درمانی در جلسات حضور داشت و پاسخگوی پرسش‌های افراد بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، گذشت حداقل ۲۰ روز از بستری در کمپ و سم‌زدایی بدنی، سلامت جسمانی (براساس پرونده پزشکی بیمار) و محدوده سنی ۲۰ تا ۷۵ سال بودند. البته بیماران از مواد محرک استفاده کرده بودند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماری جسمانی لاعلاج، غیبت بیش از یک جلسه در کلاس، نداشتن سلامت ذهنی لازم و گاهی روان پریشی زیاد (براساس پرونده پزشکی بیمار) که صرفاً به دارودرمانی نیاز داشت؛ عدم صداقت، عدم همکاری در پر کردن پرسشنامه و عدم توانایی جسمانی و روانی شرکت در دوره پس از درخواست آگاهانه و شخصی افراد بودند.

پروتکل طرحواره درمانی به کار رفته تلفیقی از پروتکل طرحواره درمانی ملک عسگر و همکاران (سال ۱۳۹۹)،^{۱۶} نخعی شامحمود و همکاران (سال ۱۳۹۸)^{۱۷} و پیری و همکاران (سال ۱۳۹۹)^۹ بود که

جدول ۲: متغیرهای دموگرافیک در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در دو گروه مداخله طرحواره درمانی و گروه کنترل

متغیرها	طرحواره درمانی فراوانی (درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	P-value
دبیلیم و پایین‌تر	۱۳ (۶۱/۹۰)	۶ (۲۸/۶)	۰/۱۲۶
سطح تحصیلات	۵ (۲۳/۸)	۱۰ (۴۷/۶)	
لیسانس	۳ (۱۴/۳)	۵ (۲۳/۸)	
۲۰ الی ۲۵	۵ (۲۳/۸)	۲ (۹/۵)	۰/۰۹۲
۲۶ الی ۳۰	۵ (۲۳/۸)	۵ (۲۳/۸)	
۳۱ الی ۳۵	۱ (۴/۸)	۷ (۳۳/۳)	
۳۵ و بالاتر	۱۰ (۴۷/۶)	۷ (۳۳/۳)	
۵ و کمتر	۷ (۳۳/۳)	۱۰ (۴۷/۶)	۰/۸۵۷
۶ الی ۱۰	۷ (۳۳/۳)	۶ (۲۸/۶)	
۱۱ الی ۱۵	۶ (۲۸/۶)	۴ (۱۹/۰)	
بیشتر از ۱۵	۱ (۴/۸)	۱ (۴/۸)	

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در دو گروه مداخله طرحواره درمانی و گروه کنترل

نمره متغیر پرخاشگری	طرحواره درمانی	میانگین و انحراف استاندارد	P-value
پیش آزمون	۱۱۰/۳۳۳±۱۰/۹۰۱	۱۰۱/۰۹۵±۹/۳۲۶	۰/۰۰۱
پس آزمون	۷۹/۶۱۹±۱۲/۲۱۲	۱۰۷/۴۷۶±۷/۸۹۰	
P-value	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	-

است که برای هر عبارت، ۵ گزینه از کاملاً شبیه من مساوی ۱ امتیاز، تا حدودی شبیه من مساوی ۲ امتیاز، متوسط مساوی ۳ امتیاز، تا حدودی متفاوت از من مساوی ۴ امتیاز و کاملاً متفاوت از من مساوی ۵ امتیاز است. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. البته دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری شده‌اند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها حاصل می‌شود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند. نرمال بودن متغیرهای مورد بررسی با آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و همگن بودن واریانس‌ها با آزمون لوین و آزمون باکس و خطی بودن رابطه نمرات پیش‌آزمون با پس آزمون با ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج توصیفی متغیرها و برخی از ویژگی‌های توصیفی پاسخ‌گویان شامل میزان تحصیلات و سن و سابقه مصرف بیان شد. برای مقایسه درون گروهی از آزمون تی وابسته استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای سطح تحصیلات، گروه سنی و سابقه مصرف مواد یکسان بودند (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره پرخاشگری گروه طرحواره درمانی (۷۹/۶۱۹±۱۲/۲۱۲) در مقایسه با گروه کنترل (۱۰۷/۴۷۶±۷/۸۹۰)

اعتبار و روایی قابل قبولی است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که با ۲۹ عبارت موجود، چهار نوع رفتار پرخاشگرانه (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و کینه‌ورزی) را ارزیابی می‌کند. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۸۸ تا ۰/۷۹ به دست آمده است. سنجش اعتبار درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است.^{۱۸} پایایی و روایی نسخه ایرانی پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry توسط سامانی در سال ۱۳۸۶ بررسی شده و نتایج تحلیل عامل نشانگر روایی سازه برای پرسشنامه بوده است.^{۱۹} نتایج به دست آمده مربوط به ضریب همبستگی عوامل با یکدیگر و با نمره کل پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry نشانگر روایی همگرا و واگرایی عوامل برگرفته از پرسشنامه است. بررسی پایایی پرسشنامه، به روش بازآزمایی و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، ضریب پایایی ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۶۸ و ۰/۶۸ را به ترتیب برای عوامل خشم، پرخاشگری، رنجیدگی و بدگمانی را تعیین نمود. دو عامل پرخاشگری بدنی و کلامی در بررسی Buss و Perry در قالب دو عامل جداگانه مطرح شده بود؛ درحالی که در فرم ایرانی، این دو عامل در قالب یک عامل رفتاری کلی لحاظ شده است. همچنین عامل چهارم فرم اصلی (کینه‌ورزی) که مرکب از پرسش‌هایی در زمینه بدگمانی و رنجش بود؛ در نسخه فارسی در قالب دو عامل رفتاری جداگانه قرار گرفتند. نمره گذاری این آزمون به این صورت

یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با الگوگیری از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار توانمند شود. زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند؛ به محافظ بی‌تفاوت آرامش داده و جای آن را می‌گیرد؛ والد تنبیه‌گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به‌در می‌کند و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد.^{۲۹}

در طرحواره درمانی بر شناسایی مشکل، تولید راه‌حل جایگزین، پیش‌بینی عواقب اعمال و در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف تأکید می‌شود. مراجعه‌کننده با استفاده از تکنیک‌های درمانی قادر به تشخیص افکار معیوب منجر به مصرف مواد و پرخاشگری بوده و خواهد کوشید تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کند. با این فنون به مراجعه‌کنندگان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای نگریسته و در روابط بین‌فردی بهتر عمل کنند.^{۳۰}

اینکه در گروه رفتار مناسب تمرین می‌شود و بازخورد واقع‌بینانه و پیشنهادات برای موقعیت‌های مشابه که اعضای گروه داشته‌اند؛ بینش فرد را بالا برده و توانایی حل مسئله را در فرد بالا می‌برد. مهارت‌های حل مسئله یکی از مهارت‌های شناختی است که در این درمان آموزش داده می‌شود و به‌وسیله آن می‌توان خشم را کنترل کرد که شرایط را برای اجرای یک پاسخ سازگارانانه برای موقعیت‌های اجتماعی فراهم می‌کند و افراد را قادر می‌سازد از زوایای مختلف به یک موضوع نگاه کنند و راه‌حل مناسب را انتخاب کنند. دیدن رفتار مناسب توسط افراد گروه در موقعیت‌های مشابه منجر به یادگیری جانشینی شده که در کنترل رفتارهای ناکارآمد به خصوص رفتار پرخاشگرانه اثربخش است. ایفای نقش می‌تواند کمک کند تا فرد رفتار مناسب را برای بکارگیری در زندگی واقعی تمرین کند و خود را به جای افرادی که باعث احساس خشم در او شده‌اند؛ بگذارد و دیدگاه و شرایطی که منجر به رفتار نادرستشان شده را درک کند. همچنین این تکنیک و تصویرسازی ذهنی منجر به تخلیه هیجان خشم شده و امکان مواجهه همدلانه توسط درمانگر با تعیین حدود منطقی را فراهم می‌آورد. علاوه بر این درمانگر با به‌عهده گرفتن نقش والد خوب و اعضای گروه در نقش خواهران و برادران با راهنمایی، ارضای نیازها و تصدیق احساسات فرد، کمک می‌کند که فرد ابراز خشم به شکل نادرست را کنترل کند. دیدگاه طرحواره درمانی سعی دارد تا مهارت‌های اجتماعی را به افراد آموزش دهد. به این ترتیب شرایط مولد خشم را کاهش داده و با روش استدلال اخلاقی و بالا بردن انصاف فرد کمک می‌کند که فرد خود را به جای دیگران بگذارد و با آنها همدلی کند و به این ترتیب خشمش را کنترل کند. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب و خشم شدید به جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه برای رفتار مناسب از فنون دیگر درمان است. به بیماران آموزش

در پس آزمون بهتر بود ($P < 0/001$) (جدول ۳). طبق نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات پرخاشگری پس از تعدیل پیش آزمون ($F = 124/359$) طرحواره درمانی روی رفتار پرخاشگرانه در افراد وابسته به مواد اثرگذار بود.

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، روش طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مؤثر بود. یافته‌های این مطالعه با نتایج برخی از مطالعات^{۲۶، ۲۷، ۲۸} همسویی و مطابقت داشت. در تمامی این مطالعات نشان داده شد که طرحواره درمانی با آموزش و ارائه بینش به شخص از تداوم طرحواره‌های ناکارآمد و ناسازگار پیشگیری می‌کند. طرحواره‌های اولیه می‌توانند در شرایط مواجهه با مواد و عوامل خشم‌برانگیز تحریک شوند. بنابراین طرحواره درمانی در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرحواره‌های اولیه قادر است در افزایش تحمل افراد در برابر شرایط مولد پرخاشگری، وسوسه مصرف مواد و بهبود اختلال مصرف مواد مؤثر باشد.^{۲۷} مراجع با استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی قادر به تشخیص افکار منجر به مصرف مواد و رفتار پرخاشگرانه بوده و خواهد کوشید تا افکار و رفتار مناسبی را جایگزین کند. مراجعان از اثری که افکار بر هیجان و رفتار آنها دارد؛ آگاه می‌شوند. آنها یاد می‌گیرند که خطاهای منطقی و افکارخودآیند منفی را در موقعیت‌های ایجادکننده خشم شناسایی کرده، طرحواره‌های اصلی که موجب خشم می‌شوند را بشناسند و آنها را به‌طور تجربی بررسی کنند. همچنین باورهای منفی را تحلیل نموده؛ باورهای مخالف آنان را یادداشت کنند و تجربیات خود را به شکل دیگر تعبیر کرده و طرحواره‌های منجر به پرخاشگری را نیز تغییر دهند. افراد دارای نشانه‌های پرخاشگری دارای یک ذهنیت طرحواره‌ای هستند که موجب ابراز رفتارهای خشمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد. از جمله کودک خشمگین و محافظ بی‌تفاوت که هم در پرخاشگری و هم در مصرف مواد مؤثر است. در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به روش‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند و رفتار مناسب تغییردهنده طرحواره را جایگزین کنند.^{۲۸} در طرحواره درمانی طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌شود که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است؛ چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصله گرفته و آنها را ببیند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. تکنیک‌های هیجانی با مواجهه همدلانه و تخلیه هیجانی در تعدیل طرحواره‌ها و هیجان‌ها به‌ویژه خشم مؤثر است. درمانگر در نقش

مراکز ترک اعتیاد و محل اجرای پروتکل است؛ در مطالعات آتی مدنظر قرار گیرد. با توجه به اثربخشی مطلوب طرحواره درمانی بر اختلال مصرف مواد و رفتار پرخاشگرانه پیشنهاد می‌شود تا این درمان به‌عنوان یک روان‌درمانی مؤثر در کنار دارودرمانی برای بهبود علائم اختلال مصرف مواد و پیامدهایش در سطح وسیع‌تر بکار رود. همچنین انجام مطالعات آتی روی جامعه زنان پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روش طرحواره درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، اثربخش است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم محبوبه زاهدی برای اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی عمومی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بود. بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. Naghipour A, Saberi Zafarghandi MB, Khatirnamani Z, Amini M, Taghdisi MH. [Relationship between Methadone Maintenance Therapy and Frequency of Drug-Related Crimes in Golestan Province]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2021;31(201):165-71. [Article in Persian]
2. Blair RJR. Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018 Apr;373(1744):20170155. doi: 10.1098/rstb.2017.0155.
3. Kamal Aldini MH, Sargazi Z, Saravani K, Gharayi M. [The Role of a Healthy and Self-sufficient Lifestyle in Preventing Drug Abuse among Students]. J Zabol Med Sch. 2020;3(4):183-90. [Article in Persian]
4. Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet A, Ahmadpanah M. [The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Aggression and Social Anxiety in Adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2016;3(2):82-93. [Article in Persian]
5. Dadfar M, Saberi Zafarghandi MB, Kolivand PH, Kazemi H. [Psychological approaches to treatment of addiction]. 1st ed. Tehran: Shafa Neuroscience Research Center. 2014. [Persian]
6. Shokri A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on parental stress of mothers with aggressive children. JRP. 2021;2(3):24-31. doi: 10.22098/jrp.2021.1145.
7. Badamian R, Ebrahimi Moghaddam N. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. JFMH. 2017; 19(Special issue):257-61. doi: 10.22038/jfmh.2017.9020.
8. Kiaee Rad H, Pasha R, Asgari P, Makvandi B. [Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce]. J Psycho Sci. 2020; 19(96): 1667-82. [Article in Persian]
9. Piri M, Hosseinaei A, Asadi J, Shariatnia K. Comparison of Effectiveness of Group Schema Therapy and Group Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Borderline Personality Disorder of Patients with Substance Abuse. Shefaye Khatam. 2020;8(4):56-69. doi: 10.29252/shefa.8.4.56.
10. Ahmadian A, Momeni K, Karami J. [The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reducing Irritability and

داده می‌شود تا هنگامی که عضلات آرواره و بازو در اثر خشم منقبض هستند؛ نفس عمیق کشیده و چند دقیقه‌ای از محیط فاصله گرفته یا شمارش انجام دهد. به این ترتیب انرژی و آرامش ذهنیت بزرگسال سالم را به دست آورده و عواقب رفتار را در نظر گیرند. سپس به شیوه‌ای منطقی چیزی که باعث ناراحتی آنان شده را بدون زیر پا گذاشتن حقوق دیگران بیان کنند و بدانند که با این روش حرف و نیازهای آنها بهتر شنیده خواهد شد. در عین حال روابط بین فردی آنها نیز که در تامین حمایت و رفع نیازهایشان بسیار موثر است؛ خدشه دار نخواهد شد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به عدم امکان کنترل کامل متغیرها نظیر وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و انجام مطالعه روی جامعه مردان اشاره نمود. همچنین به دلیل محدودیت زمانی و پیش‌بینی افت آزمودنی‌ها پیگیری اثرات درمانی صورت نگرفت. پیشنهاد می‌گردد پیگیری اثرات درمانی که نیازمند همکاری بیشتر

Aggression in Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder]. JMPR. 2024;19(73):96-106. doi: 10.22034/jmpr.2023.58914.5898. [Article in Persian]

11. Jamshidi S, Asghari Ebrahimabad MJ, Rasoulzadeh Tabatabaee K. [The Role of Early Maladaptive Schemas in Predicting the Risk of Substance Abuse Relapse]. MEJDS. 2020;10:123. [Article in Persian]
12. Mohagheghi H, Kharghani P. [The Effect of Schema Therapy on Anxiety, Depression, and Early Maladaptive Schemas in Individuals with Substance Use Disorder]. Research on Addiction (Etiadpajohi). 2021;15(60):299-324. doi: 10.52547/etiadpajohi.15.60.299. [Article in Persian]
13. Ahmadzadeh Samani S, Dehghani A, Kalantari M, Rezaei Dehnavi S. [Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Avoidance of Female Students with Early Maladaptive Schemas]. Empowering Exceptional Children. 2021;12(2):56-65. doi: 10.22034/ceciranj.2021.246140.1438. [Article in Persian]
14. Jabbari MR, Afrooz GA, Hashemian K, Pourhosein R, Akbari Zardkhane S. [An Overview of Group Schema Therapy Techniques]. JAPR. 2022;13(2):17-31. doi: 10.22059/japr.2022.331107.644064. [Article in Persian]
15. Govati A, Ahovan M, Bolghan Abadi M. [Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Resilience, Cognitive Regulation of Emotion and Drug Craving in Substance Abusers]. Etiadpajohi. 2022;15(62):113-40. doi: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113. [Article in Persian]
16. Malekasgar S, Mazaheri MA, Fata L, Mootabi F, Heydari M. [Schema Therapists Views about the Role of Schema Component in Marital Infidelity: a Qualitative Study]. J Fam Res. 2020;16(62):199-216. [Article in Persian]
17. Nakhee Shamahmood AA, Arab A, Farnam A. [The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schema of traditional and industrial addicts under methadone treatment]. J Psycho Sci. 2019;18(82):1191-201. [Article in Persian]
18. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992 Sep;63(3):452-59. doi: 10.1037//0022-3514.63.3.452.

19. Samani S. [Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire]. *IJPCP*. 2008;13(4):359-65. [Article in Persian]
20. SeyedAsiaban S, Manshaee GR, Askari P. [Compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with substance abuse stimulants]. *Etiadpajohi*. 2017; 10(40):181-99. [Article in Persian]
21. Fanning JR, Coleman M, Lee R, Coccaro EF. Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *J Psychiatr Res*. 2019 Feb;109:164-72. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.10.013.
22. Tan YM, Lee CW, Averbek LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*. 2018 Nov;13(11):e0206039. doi: 10.1371/journal.pone.0206039.
23. Baby M, Gale C, Swain N. Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggress Violent Behav*. 2018; 39:67-82. doi: 10.1016/j.avb.2018.02.004.
24. Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U, et al. A Schema Therapy-Based eHealth Program for Patients with Borderline Personality Disorder (prioivi): Naturalistic Single-Arm Observational Study. *JMIR Ment Health*. 2018 Dec;5(4):e10983. doi: 10.2196/10983.
25. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014 Jun;45(2):242-51. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004.
26. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):305-22. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
27. Blöte AW, Westenberg PM. The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *J Adolesc*. 2019 Feb;71:110-18. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.01.005.
28. Hashemi E, Rashidi Aghdam M, Nasiri L, Ghasemi Bahravanji Z. [The Effectiveness of Group Schema Therapy on Aggression and Life Expectancy of Sexual Minorities diagnosed with Bipolar Disorder]. *AFTJ*. 2021;2(3):320-36. doi: 10.22034/aftj.2021.144777. [Article in Persian]
29. Hajipoor H, Bayazi MH, Nejat H. [Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity]. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2020;10(1):39-55. doi: 10.22067/tpccp.2020.39362. [Article in Persian]
30. Arntz A, Genderen HV. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. 2nd ed. Hoboken: Wiley-Blackwell. 2020; pp: 7-29.