



Predicting Emotional Problems Based on Early Maladaptive Schemas in Individuals Under Methadone Maintenance Treatment

1. Fatemeh Sadat Parhizkarian : Department of Educational Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran
 2. Hossein Khedmatgozar *: Department of Educational Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran
- *Corresponding Author's Email: khedmatgozar@iau.ac.ir

Received: 2025-12-27

Revised: 2026-03-23

Accepted: 2026-03-27

Published: 2026-04-21



Abstract

Introduction and Aim: The present study aimed to predict emotional problems based on early maladaptive schemas in individuals undergoing methadone maintenance treatment.

Methodology: This descriptive-correlational study was conducted on a statistical population of patients under methadone maintenance treatment in District 7 of Tehran. A sample of 374 individuals was randomly selected, and data from 343 participants across 11 different clinics were ultimately analyzed. Data were collected using the Emotional Problems Questionnaire (Aghaei et al., 2007) and Young's Early Maladaptive Schema Questionnaire (2005). Data analysis was performed using Pearson correlation and multiple regression in SPSS software.

Findings: Regression analysis revealed that early maladaptive schemas significantly explain 31% of the variance in emotional problems ($R^2 = 0.31$, $p < 0.01$). Among the domains, disconnection and rejection had the highest contribution to predicting emotional problems ($\beta = 0.22$). Furthermore, correlation results indicated a significant positive relationship between emotional problems and the domains of disconnection and rejection ($r = 0.272$, $p < 0.01$), impaired autonomy and performance ($r = 0.194$, $p < 0.01$), and impaired limits ($r = 0.151$, $p < 0.01$). However, the relationships for other-directedness ($r = 0.098$, $p > 0.05$) and overvigilance/inhibition ($r = 0.10$, $p > 0.05$) were not statistically significant.

Conclusion: Thus, it can be concluded that early maladaptive schemas, particularly in the domain of disconnection and rejection, play a significant role in predicting emotional problems.

Keywords: Emotional Problems, Early Maladaptive Schemas, Methadone Maintenance Treatment.

How to Cite: Parhizkarian, F. S., & Khedmatgozar, H. (2026). Predicting Emotional Problems Based on Early Maladaptive Schemas in Individuals Under Methadone Maintenance Treatment. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-17.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Substance Use Disorder (SUD) is globally recognized as a severe, chronic, and relapsing condition characterized by compulsive drug-seeking behaviors and profound cognitive, behavioral, and physiological alterations, which persistently impair an individual's psychosocial functioning and overall well-being (American Psychiatric, 2023). While pharmacological interventions, particularly Methadone Maintenance Treatment (MMT), have been widely implemented as a primary harm-reduction strategy to manage withdrawal symptoms, curb illicit opioid consumption, and reduce associated criminal activities and mortality rates, clinical evidence increasingly indicates that MMT alone is insufficient for achieving long-term recovery. The persistence of high relapse rates among patients undergoing MMT underscores the critical necessity of addressing the complex psychological and emotional underpinnings of addiction, which pharmacological treatments fail to target. Central to the psychological profile of individuals with SUD is the pervasive presence of severe emotional problems, including profound difficulties in emotion regulation, chronic anxiety, and persistent depressive symptomatology, which serve as both catalysts for initial substance use and primary triggers for relapse. Contemporary psychological theories and empirical research posit that these emotional dysregulations do not emerge in isolation but are deeply rooted in Early Maladaptive Schemas (EMS)—pervasive, self-defeating patterns of memories, emotions, cognitions, and bodily sensations that develop during childhood in response to unmet core emotional needs and are elaborated throughout an individual's lifetime (Eghdampanah Foumani et al., 2024). These cognitive structures act as maladaptive lenses through which individuals interpret themselves and the world, rendering them highly vulnerable to psychological distress. Systematic reviews and clinical studies have consistently demonstrated that EMS play a foundational role in the etiology and maintenance of addictive behaviors, as individuals often resort to substance use as a dysfunctional coping mechanism to anesthetize the intense emotional pain and chronic distress generated by these active schemas (Andrew et al., 2022; Walker & Schutte, 2023). Furthermore, schema-focused and emotion-focused therapeutic approaches have proven highly efficacious in ameliorating anxiety symptoms and enhancing emotion regulation among substance-dependent populations, thereby

confirming the intricate interplay between underlying cognitive schemas and overt emotional problems (Razzaghi et al., 2025). Within the framework of EMS, schemas related to the domain of “Disconnection and Rejection” are particularly deleterious. Patients scoring high in this domain harbor deep-seated beliefs that their needs for security, stability, nurturing, empathy, and acceptance will perpetually remain unfulfilled, inexorably leading to profound feelings of isolation, alienation, and chronic loneliness. From an evolutionary perspective, loneliness functions as a biological alarm system that chronically activates the nervous system, plunging the individual into a state of relentless stress (Cacioppo et al., 2020). Extensive clinical research corroborates that this profound sense of loneliness is one of the most potent drivers of emotional instability and subsequent relapse in substance use (Saas et al., 2023). The synergistic interaction between maladaptive schemas—especially those concerning disconnection and rejection—and the visceral experience of loneliness creates a devastating psychological environment that robustly predicts adverse mental health outcomes and the recurrence of substance abuse (FitzGerald et al., 2023; Rawl et al., 2023). For patients enrolled in MMT, this dynamic is exacerbated by pervasive societal stigma, familial estrangement, and social marginalization, which continuously trigger and reinforce these schemas, culminating in entrenched emotional problems and a heightened vulnerability to treatment failure (Schmidt, 2020). Additionally, schemas encompassing “Impaired Autonomy and Performance” and “Impaired Limits” further compound this vulnerability. Impaired autonomy manifests as a debilitating lack of self-efficacy and an overwhelming dependency on others or substances to navigate daily life, whereas impaired limits are characterized by profound deficits in impulse control, frustration tolerance, and self-discipline. Evidence suggests that targeted interventions focusing on these specific schema domains can significantly augment psychological capital, including hope, resilience, and self-efficacy, among individuals grappling with addiction (Aghili et al., 2020). Conversely, the lack of self-discipline inherent in impaired limits drives individuals toward experiential avoidance—a maladaptive strategy aimed at escaping aversive internal states, which paradoxically intensifies emotional suffering and fosters impulsive, substance-seeking behaviors (Abdollahpour et al., 2025; Klein, 2022). The reverberations of these maladaptive cognitive patterns extend beyond the individual, severely disrupting family dynamics and facilitating the intergenerational transmission of emotional and

psychological pathologies (Rubio-Escobar et al., 2024; Torabian et al., 2014). Consequently, psychological interventions, such as group schema therapy, have demonstrated significant efficacy in improving distress tolerance not only for the patients but also for their spouses, highlighting the systemic impact of these cognitive structures (Mohamadi & Jabalameli, 2024). Ultimately, recent meta-analyses emphatically reaffirm that the active presence of these core maladaptive schemas remains the primary predictor of treatment attrition and relapse in addicted populations (Li et al., 2022; Lo et al., 2021). Therefore, the present study was meticulously designed to investigate and predict emotional problems based on the domains of Early Maladaptive Schemas among individuals undergoing Methadone Maintenance Treatment, aiming to elucidate the cognitive architecture driving their emotional distress and to inform the development of more comprehensive, psychologically informed therapeutic interventions.

Methodology

The present research was conducted utilizing a quantitative, descriptive-correlational design, specifically structured to examine the predictive relationships between various domains of Early Maladaptive Schemas (the predictor variables) and the severity of emotional problems (the criterion variable) among a specific clinical population. The statistical population for this study comprised all adult individuals who were formally diagnosed with Substance Use Disorder and were actively enrolled in Methadone Maintenance Treatment (MMT) programs at designated outpatient addiction treatment clinics located within District 7 of Tehran, Iran. Given the correlational nature of the study and the requirement for robust statistical power in multiple regression analysis, a sufficiently large sample size was deemed imperative. Consequently, a total sample of 343 participants was systematically selected using a convenience sampling method, based on their accessibility, willingness to participate, and adherence to specific inclusion criteria. The primary inclusion criteria stipulated that participants must be aged 18 years or older, have a documented history of opioid dependency, be currently receiving a stabilized daily dose of methadone, possess basic literacy skills to comprehend and complete the self-report questionnaires, and demonstrate sufficient cognitive stability at the time of assessment to provide informed consent and reliable responses. Conversely, individuals exhibiting acute psychotic symptoms,

severe cognitive impairments, concurrent intoxication, or those who provided incomplete questionnaire data were systematically excluded from the final data analysis to ensure the integrity and validity of the findings. Data collection was meticulously carried out using highly validated and reliable psychometric instruments. To assess the predictor variables, participants completed the Young Schema Questionnaire (YSQ), a comprehensive self-report inventory designed to identify and measure the intensity of Early Maladaptive Schemas across five broad theoretical domains: Disconnection and Rejection, Impaired Autonomy and Performance, Impaired Limits, Other-Directedness, and Overvigilance/Inhibition. To evaluate the criterion variable, a standardized clinical measurement tool specifically designed to quantify emotional problems, assessing facets such as emotion dysregulation, anxiety, and depressive symptoms, was administered to the sample. The data collection process was conducted within the controlled environment of the MMT clinics, under the direct supervision of trained researchers who provided standard instructions and ensured that participants understood the confidentiality and voluntary nature of their involvement. Upon completion of the data gathering phase, the raw scores were systematically coded, entered into a secure database, and subjected to rigorous statistical screening to address any missing values or outliers. The primary data analysis was subsequently executed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Descriptive statistics, including means, standard deviations, and variance, were initially computed to profile the demographic and psychological characteristics of the sample. To test the central hypotheses of the study, inferential statistical techniques, specifically Pearson correlation coefficients and multiple linear regression analysis, were employed. The Pearson correlation was utilized to determine the bivariate associations and the strength of the linear relationships between the distinct schema domains and the overall severity of emotional problems. Subsequently, a multiple linear regression analysis was conducted to ascertain the collective explanatory power of the Early Maladaptive Schemas and to identify the unique, independent contribution of each specific schema domain in predicting the variance in the emotional problems of the patients undergoing Methadone Maintenance Treatment.

Findings

The empirical analysis of the collected data yielded highly significant quantitative results, clearly delineating the predictive relationship between Early Maladaptive Schemas and emotional problems among patients undergoing Methadone Maintenance Treatment. The initial phase of the inferential analysis utilized Pearson correlation coefficients to assess the bivariate relationships between the five distinct domains of Early Maladaptive Schemas and the criterion variable of emotional problems. The correlation matrix revealed that several schema domains were significantly and positively associated with elevated levels of emotional distress. Notably, the domain of “Disconnection and Rejection” exhibited the strongest positive correlation with emotional problems ($r = 0.272$, $p < 0.01$), indicating that patients who strongly endorse beliefs related to abandonment, mistrust, emotional deprivation, and social isolation correspondingly report the highest severity of emotional dysregulation. Similarly, the domain of “Impaired Autonomy and Performance” demonstrated a highly significant positive correlation with emotional problems ($r = 0.194$, $p < 0.01$), signifying that feelings of incompetence, dependency, and vulnerability to harm are robustly linked to increased emotional distress. Furthermore, the “Impaired Limits” domain, encompassing schemas of entitlement and insufficient self-control, also showed a significant positive correlation with the occurrence of emotional problems ($r = 0.151$, $p < 0.01$). In contrast, the statistical analysis indicated that the relationships between the remaining two schema domains and emotional problems were not statistically significant within this specific clinical sample. Specifically, the “Other-Directedness” domain, which involves the subjugation of one’s own needs to gain approval, did not significantly correlate with emotional problems ($r = 0.098$, $p > 0.05$). Likewise, the “Overvigilance and Inhibition” domain, characterized by unrelenting standards and emotional suppression, failed to demonstrate a significant association with the criterion variable ($r = 0.10$, $p > 0.05$). Building upon these correlational findings, a multiple linear regression analysis was executed to evaluate the collective predictive capacity of the Early Maladaptive Schemas and to determine the unique variance accounted for by each domain. The overall regression model was found to be highly significant, demonstrating that the Early Maladaptive Schemas as a unified theoretical construct are potent predictors of emotional distress in this population. Specifically, the model revealed that the combination of these maladaptive schemas accounts for 31 percent of the

total variance in the emotional problems experienced by the sample group ($R^2 = 0.31$, $p < 0.01$). This substantial coefficient of determination underscores the critical role that these deep-seated cognitive structures play in the psychological profile of the patients. A detailed examination of the standardized beta coefficients (β) within the regression model further clarified the relative importance of the individual schema domains. The analysis unequivocally identified the “Disconnection and Rejection” domain as the most powerful and dominant independent predictor of emotional problems among all the variables tested ($\beta = 0.22$, $p < 0.01$). This indicates that for every standard deviation increase in the Disconnection and Rejection schemas, there is a corresponding substantial increase of 0.22 standard deviations in the severity of emotional problems, holding all other variables constant. The robust predictive power of this specific domain, coupled with the significant contributions of Impaired Autonomy and Impaired Limits, while accounting for the non-significant roles of Other-Directedness and Overvigilance, provides a highly nuanced and statistically sound mapping of the cognitive vulnerabilities that directly fuel emotional instability in individuals undergoing Methadone Maintenance Treatment.

Discussion and Conclusion

The findings of this comprehensive study compellingly demonstrate that Early Maladaptive Schemas are not merely peripheral cognitive artifacts, but rather central, driving forces in the manifestation and exacerbation of emotional problems among individuals undergoing Methadone Maintenance Treatment. The revelation that these deep-seated schemas collectively account for nearly one-third of the variance in emotional distress underscores the profound inadequacy of treating Substance Use Disorder solely through pharmacological means. Specifically, the overwhelming prominence of the “Disconnection and Rejection” domain as the strongest predictor of emotional instability highlights a critical vulnerability in this population. Patients in MMT programs frequently grapple with severe social stigma, fractured familial relationships, and a profound sense of alienation, which chronically trigger these specific schemas. The relentless activation of beliefs related to abandonment and unlovability generates an enduring state of intense loneliness and emotional pain, which pharmacological interventions like methadone cannot ameliorate. Consequently, these unresolved emotional agonies act

as potent catalysts for relapse, as patients may impulsively resort to substance use in a desperate attempt to self-medicate and escape the psychological torment dictated by their maladaptive schemas. Furthermore, the significant predictive roles of “Impaired Autonomy” and “Impaired Limits” elucidate how deficits in self-efficacy, coupled with an inability to tolerate frustration and regulate impulses, synergistically trap these individuals in a cycle of emotional reactivity and maladaptive coping. Conversely, the non-significant impact of schemas related to “Other-Directedness” and “Overvigilance” suggests that for patients immersed in the foundational struggles of addiction recovery and MMT, higher-order concerns regarding social approval or perfectionism are eclipsed by the more primal, urgent psychological crises associated with survival, abandonment, and basic self-control. These nuanced insights mandate a paradigm shift in the clinical management of addiction. It is clinically imperative that MMT protocols be radically restructured to transcend basic harm reduction and explicitly integrate rigorous psychological screening for Early Maladaptive Schemas at the very onset of treatment. Identifying these cognitive vulnerabilities early provides a critical window for intervention. Addiction treatment facilities must systematically incorporate evidence-based psychological therapies, such as individual and group Schema Therapy, alongside methadone administration. By utilizing techniques like limited reparenting and cognitive restructuring, clinicians can directly target and heal the core wounds of disconnection and rejection,

thereby dismantling the psychological infrastructure that sustains emotional dysregulation and drives addictive behaviors. Despite the robustness of these findings, the study is subject to certain limitations that must be acknowledged. The cross-sectional design fundamentally precludes the establishment of definitive causal relationships between the activation of schemas and the subsequent onset of emotional problems. Additionally, the reliance on self-report questionnaires introduces the potential for response biases, such as social desirability or a lack of introspective awareness among the participants. Geographically, the sample was confined to specific clinics in Tehran, which may limit the generalizability of the results to broader, culturally diverse clinical populations. To advance this field of inquiry, future research should prioritize longitudinal study designs capable of tracking the dynamic fluctuations of maladaptive schemas and their direct impact on emotional states and relapse trajectories over the entire continuum of addiction recovery. Moreover, incorporating structured clinical interviews and multi-informant assessments would yield a more comprehensive and objective evaluation of the patients’ cognitive and emotional architectures. Finally, investigating the mediating effects of variables such as resilience, social support networks, and attachment styles on the relationship between schemas and emotional distress will be vital for developing highly customized, holistic, and ultimately more efficacious interventions for individuals battling the complex, multidimensional nature of substance dependence.

پیش‌بینی مشکلات هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون

۱. فاطمه سادات پرهیز‌کاران[✉]: گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

۲. حسین خدمتگزار[✉]: گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: khedmatgozar@iau.ac.ir

انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۳

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶

چکیده

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



مقدمه و هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی مشکلات هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است (صفحه ۱). جامعه آماری شامل بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در منطقه هفت تهران بود که از میان آن‌ها ۳۷۴ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند و در نهایت داده‌های ۳۴۳ نفر در ۱۱ کلینیک مختلف مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از «پرسشنامه مشکلات هیجانی» (اگای و همکاران، ۲۰۰۷) و «پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ» (۲۰۰۵) گردآوری شد و از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانایی تبیین ۳۱ درصد از واریانس مشکلات هیجانی را دارند ($R^2=0.31$ ، $p<0.01$). در این میان، حوزه بریدگی و طرد بیشترین سهم را در این پیش‌بینی ایفا کرد ($\beta=0.22$). همچنین بررسی ضرایب همبستگی نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنادار مشکلات هیجانی با حوزه‌های بریدگی و طرد ($\beta=0.272$ ، $z=0.272$ ، $p<0.01$)، خودگردانی و عملکرد مختل ($z=0.194$ ، $p<0.01$) و محدودیت‌های مختل ($z=0.151$ ، $p<0.01$) بود. با این حال، رابطه مشکلات هیجانی با حوزه‌های دیگر جهت‌مندی ($z=0.098$ ، $p>0.05$) و گوش‌به‌زنگی ($z=0.10$ ، $p>0.05$) از نظر آماری معنادار نبود.

نحوه استناددهی: پرهیز‌کاران، فاطمه سادات و خدمتگزار، حسین. (۱۴۰۵). پیش‌بینی مشکلات هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۱۷-۱۰.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه در حوزه بریدگی و طرد، نقشی قابل توجه در پیش‌بینی مشکلات هیجانی ایفا می‌کنند.

کلیدواژه‌گان: مشکلات هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان نگهدارنده با متادون.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

یکی از چالش‌برانگیزترین موانع در مسیر بهبودی این بیماران، تجربه «مشکلات هیجانی» است. مشکلات هیجانی طیف وسیعی از ناتوانی‌ها در پردازش، درک و مدیریت احساسات را در بر می‌گیرد که در ادبیات علمی غالباً تحت عنوان بدتنظیمی هیجانی شناخته می‌شود. نقص در تنظیم هیجان باعث می‌شود فرد در مواجهه با استرسورهای محیطی و درونی روزمره، به جای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه، به روش‌های مخرب یا مصرف مجدد مواد به عنوان نوعی خوددرمانی پناه ببرد. مطالعات نشان می‌دهند که مداخلاتی نظیر هیپنوتیزم شناختی و طرحواره‌درمانی می‌توانند به نحو مؤثری بر دشواری‌های تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد غلبه کنند و به آن‌ها ابزارهای شناختی لازم برای مواجهه با تنش‌ها را ارائه دهند (Eghdampanah Foumani et al., 2024). بخش قابل توجهی از این مشکلات هیجانی ناشی از پدیده‌ای به نام «اجتناب تجربه‌ای» است. افراد وابسته به مواد غالباً تلاش می‌کنند تا از تجربه افکار، احساسات و خاطرات آزاردهنده فرار کنند. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی‌گری بسیار مهمی در رابطه بین طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و عدم تحمل بلا تکلیفی ایفا می‌کند؛ به این معنا که فرد به دلیل ناتوانی در تحمل ابهام و اضطراب ناشی از آن، ترجیح می‌دهد احساسات خود را سرکوب کرده یا از طریق مصرف مواد از آن‌ها دور شود (Abdollahpour et al., 2025).

در این راستا، مداخلات روان‌شناختی نوینی که بر ابعاد شناختی و هیجانی عمیق‌تر تمرکز دارند، توانسته‌اند افق‌های جدیدی را در فرآیند درمان اختلالات مرتبط با مواد و پیامدهای روان‌شناختی آن باز کنند. به عنوان مثال، طرحواره‌درمانی هیجانی نشان داده است که می‌تواند به طور چشمگیری علائم اضطراب را کاهش داده و راهبردهای تنظیم هیجان را، به خصوص در جمعیت‌هایی که از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند، بهبود بخشد (Razzaghi et al., 2025). اثرات مخرب اعتیاد تنها به فرد مصرف‌کننده محدود نمی‌شود، بلکه سیستم خانواده و همسران این افراد را نیز درگیر مشکلات هیجانی و فرسودگی روانی شدیدی می‌کند. اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در ارتقای سطح تحمل پریشانی و کاهش انتقاد از خود، در همسران افراد وابسته به مواد به اثبات رسیده است

اعتیاد و اختلالات مرتبط با مصرف مواد، یکی از پیچیده‌ترین، فراگیرترین و مخرب‌ترین معضلات حوزه سلامت روان، بهداشت عمومی و سیستم‌های اجتماعی-اقتصادی در سراسر جهان به شمار می‌روند (Şahin, 2025; Racine et al., 2025). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نسخه تجدیدنظر شده متنی)، اختلال مصرف مواد یک بیماری مزمن و عودکننده مغزی است که با رفتارهای اجباری جستجو و مصرف مواد، نقص در کنترل خود، و تداوم مصرف علی‌رغم پیامدهای منفی و مخرب آن در حوزه‌های شغلی، تحصیلی و بین‌فردی مشخص می‌شود (American Psychiatric, 2023). این اختلال تنها یک وابستگی جسمانی ساده نیست، بلکه ساختارهای شناختی، هیجانی و شبکه‌های عصبی فرد را به شدت دگرگون می‌سازد. به منظور مدیریت و مهار این اختلال مزمن، سیستم‌های درمانی متعددی توسعه یافته‌اند که یکی از رایج‌ترین، پذیرفته‌شده‌ترین و مؤثرترین آن‌ها، «درمان نگهدارنده با متادون» (MMT) است. متادون به عنوان یک داروی آگونیست طولانی‌اثر گیرنده‌های اپیوئیدی، با تثبیت وضعیت فیزیولوژیک بیمار، کاهش شدید ولع مصرف (Craving) و جلوگیری از بروز علائم آزاردهنده ترک، به بیماران کمک می‌کند تا ثبات اولیه خود را بازیابند و از رفتارهای پرخطر و مجرمانه مرتبط با تهیه مواد غیرقانونی فاصله بگیرند (Changchien et al., 2024; Coffee, 2025; Nguyen et al., 2024). با این وجود، شواهد گسترده بالینی و پژوهشی حاکی از آن است که مداخله دارویی به تنهایی برای دستیابی به درمان جامع و پیشگیری کامل از بازگشت به مصرف کافی نیست. بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، اگرچه ممکن است از نظر جسمانی به ثبات نسبی دست یابند، اما همچنان با طیف گسترده و پیچیده‌ای از مشکلات روان‌شناختی، خلقی و هیجانی دست و پنجه نرم می‌کنند که می‌تواند اثربخشی درمان دارویی را به شدت تحت‌الشعاع قرار داده و خطر عود و بازگشت به مصرف مواد را به شکل معناداری افزایش دهد (Nguyen & Dinh, 2023; Schmidt, Nguyen et al., 2023).

روانی و متغیرهای پیش‌آگهی در اختلال مصرف الکل و سایر مواد می‌باشند (Rubio-Escobar et al., 2024).

انتقال بین‌نسلی طرحواره‌ها و نقش محیط آشفته خانواده در نهادینه شدن این ساختارهای ناسازگار از دیگر موضوعات حائز اهمیت است. پژوهش‌های تطبیقی نشان می‌دهند که دختران وابسته به مواد مخدر، یا دخترانی که در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد رشد یافته‌اند، در مقایسه با هم‌تایان خود در جمعیت عادی، نمرات بسیار بالاتری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه کسب می‌کنند که این امر بیانگر آسیب‌پذیری شناختی و هیجانی شدید در بستر خانواده‌های درگیر اعتیاد است (Torabian et al., 2014).

اهمیت و نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه تنها به مرحله شروع و شکل‌گیری اعتیاد محدود نمی‌شود؛ بلکه این الگوهای شناختی ناکارآمد در پدیده «عود» (Relapse) یا بازگشت به مصرف پس از دوره‌های طولانی پرهیز، نقشی بسیار تعیین‌کننده ایفا می‌کنند. فراتحلیل‌های جامع و گسترده نشان داده‌اند که حضور و فعال بودن طرحواره‌های ناسازگار، یکی از قوی‌ترین و پایدارترین پیش‌بین‌های بالینی برای شکست درمان و بازگشت به مصرف مواد است (Lo et al., 2021). یافته‌های جدید در حوزه اعتیادپژوهی نیز به طور مکرر این مسئله را تأیید کرده‌اند که چنانچه این ساختارهای شناختی در طول مداخلات درمانی تعدیل و اصلاح نشوند، آسیب‌پذیری فرد در برابر محرک‌های وسوسه‌انگیز به شدت بالا باقی می‌ماند (Li et al., 2022). علاوه بر این، تعامل پیچیده و پویایی میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی بیمار وجود دارد. ترکیب برخی صفات شخصیتی مستعدکننده (مانند روان‌رنجوری‌خوبی بالا یا تکانشگری) با طرحواره‌های فعال در حوزه بریدگی و طرد، احتمال شکست فرآیند توانبخشی و بازگشت به چرخه مصرف را به طور تصاعدی بالا می‌برد (Klein, 2022).

در میان انبوه مشکلات هیجانی ناشی از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار در افراد وابسته به مواد، تجربه احساس «تنهایی» (Loneliness) جایگاهی ویژه و به شدت مخرب دارد. احساس تنهایی صرفاً به معنای انزوای فیزیکی و فاقد ارتباط بودن نیست، بلکه یک تجربه ذهنی، شناختی و هیجانی عمیقاً دردناک است. از منظر زیست‌شناسی و روان‌شناسی تکاملی، احساس تنهایی ریشه‌های

که این امر نشان‌دهنده لزوم توجه به رویکردهای هیجان‌مدار برای درمان آسیب‌های سیستمیک اعتیاد است (Mohamadi & Jabalameli, 2024). از سوی دیگر، ترکیب پروتکل‌های طرحواره‌درمانی با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی (Mindfulness) تأثیرات بسیار مثبتی بر افزایش «سرمایه روان‌شناختی» مردان مبتلا به سوءمصرف مواد داشته است. سرمایه روان‌شناختی که شامل مؤلفه‌هایی چون امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است، به عنوان سپری محافظتی در برابر مشکلات هیجانی عمل می‌کند و نقش درمان‌های متمرکز بر طرحواره در تقویت آن غیرقابل انکار است (Aghili et al., 2020).

برای درک عمیق‌تر ریشه‌های مشکلات هیجانی مزمن در بیماران مبتلا به اعتیاد، بررسی و واکاوی ساختارهای شناختی زیربنایی، به ویژه «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» (Early Maladaptive Schemas) امری حیاتی است. بر اساس نظریه جفری یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوها و تم‌های عمیق، فراگیر، قدرتمند و بسیار پایداری هستند که از ترکیب خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و حواس بدنی تشکیل شده‌اند. این ساختارهای روانی در اوایل دوران کودکی یا نوجوانی، در نتیجه برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی (نظیر دلبستگی ایمن به دیگران، خودمختاری، شایستگی، هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌ها، و محدودیت‌های واقع‌بینانه) شکل می‌گیرند و به عنوان عینکی عمل می‌کنند که فرد از طریق آن به خود، دیگران و جهان پیرامون می‌نگرد. مطالعات مروری سیستماتیک به وضوح نشان داده‌اند که این طرحواره‌ها تأثیرات بنیادینی بر شکل‌گیری، تداوم و شدت رفتارهای اعتیادآور دارند (Andrew et al., 2022; Walker & Schutte, 2023a). هنگامی که این طرحواره‌ها (مانند طرحواره رهاشدگی، نقص/شرم، یا محرومیت هیجانی) در بزرگسالی توسط محرک‌های محیطی یا استرسورهای بین‌فردی فعال می‌شوند، موجی از هیجان‌ها منفی شدید و غیرقابل تحمل را در فرد برمی‌انگیزند. از آنجا که این افراد در طول رشد خود راهبردهای مقابله‌ای سالمی را نیاموخته‌اند، مواد مخدر یا الکل به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ناسازگار برای تسکین موقت، بی‌حس کردن و فرار از این دردهای روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. شواهد بالینی حاکی از آن است که رویکردهای جدید در ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ آن‌ها با آسیب‌شناسی

عمیقی دارد و به عنوان یک مکانیسم و زنگ خطر بیولوژیک برای حفظ بقای اجتماعی انسان عمل می‌کند؛ چرا که در گذشته‌های دور، جدا ماندن از گروه به معنای مرگ حتمی بوده است و از این رو، مغز تنهایی را معادل یک تهدید حیاتی قلمداد کرده و واکنش‌های استرسی شدیدی را فعال می‌کند (Cacioppo et al., 2020). در بستر اختلالات مصرف مواد و در فرآیند بهبودی، احساس تنهایی یکی از شایع‌ترین و در عین حال خطرناک‌ترین تجربیات هیجانی بیماران است. تحلیل داده‌های بالینی و پژوهشی اخیر به روشنی نشان می‌دهد که این حس انزوای درونی و فقدان پیوندهای معنادار، نقش مستقیمی در تسریع روند عود و بازگشت به مصرف مواد دارد (Saas et al., 2023).

نکته قابل تأمل این است که احساس تنهایی به ندرت به عنوان یک عامل مجزا و منفرد عمل می‌کند. درهم‌تنیدگی و تعامل پویای میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به ویژه طرحواره‌هایی نظیر رهاشدگی، نقص، انزوای اجتماعی و محرومیت هیجانی) با احساس تنهایی ذهنی، ترکیبی بسیار آسیب‌زا ایجاد می‌کند که پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای شکست در فرآیند درمان نگهدارنده است (FitzGerald et al., 2023). بررسی‌ها نشان داده‌اند که وقتی ارزیابی مشترک و ترکیبی از نقش طرحواره‌های ناسازگار و احساس تنهایی صورت می‌گیرد، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آن‌ها برای عود سوءمصرف مواد بسیار پررنگ‌تر، دقیق‌تر و معنادارتر از اثر هر یک از این متغیرها به صورت مجزا است (Rawl et al., 2023). این بدان معناست که بیماری که دارای طرحواره بریدگی و طرد است، محیط پیرامون را به گونه‌ای تفسیر می‌کند که منجر به انزوای بیشتر او می‌شود و این احساس تنهایی مضاعف، در نهایت او را به سمت خوددرمانی با مواد مخدر سوق می‌دهد.

با در نظر گرفتن مبانی نظری، پیشینه پژوهشی و مکانیزم‌های روان‌شناختی مطرح شده، به روشنی مشخص می‌گردد که بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، فراتر از نیاز به کنترل فیزیولوژیک و لغ مصرف، با شبکه‌ای درهم‌تنیده از مشکلات هیجانی پیچیده مواجه‌اند که به شدت تحت تأثیر ساختارهای شناختی بنیادین آن‌ها قرار دارد. با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی در سطح بین‌المللی به بررسی نقش کلی طرحواره‌ها در پدیده اعتیاد و عود پرداخته‌اند، اما

شناسایی دقیق اینکه کدام یک از حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشترین سهم را در پیش‌بینی مستقیم مشکلات هیجانی کلی افراد تحت درمان با متادون (به ویژه در بافتار فرهنگی و اجتماعی خاص ایران) ایفا می‌کنند، همچنان دارای خلأهای علمی قابل توجهی است. درک دقیق این ارتباطات روان‌شناختی می‌تواند به متخصصان بالینی، روان‌درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت کمک کند تا در کنار مداخلات دارویی متادون، پروتکل‌های روان‌درمانی مکمل، هدفمند و شخصی‌سازی‌شده‌ای (به ویژه رویکردهای مبتنی بر طرحواره‌درمانی) را تدوین نمایند. چنین رویکرد جامعی می‌تواند با تعدیل الگوهای شناختی ناکارآمد و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، ظرفیت روانی بیماران را افزایش داده و پایداری درمان را تضمین نماید. از این رو، با توجه به نیاز مبرم کلینیک‌های ترک اعتیاد به شناخت عوامل خطرآفرین زیربنایی، این مطالعه به منظور پر کردن شکاف‌های تحقیقاتی موجود صورت گرفته است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی مشکلات هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش‌شناسی

تحقیق حاضر از حیث هدف، کاربردی و از حیث جمع‌آوری داده‌ها به صورت توصیفی-همبستگی و از لحاظ نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت کمی است. جامعه آماری این پژوهش بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون در منطقه هفت تهران است. نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران به دست آمد. فرمول اصلی محاسبه حجم نمونه کوکران نیز به صورت زیر است: از مجموع ۱۰،۵۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون در منطقه ۷ تهران، که در ۲۸ کلینیک دوشیفت و ۴۹ کلینیک تک‌شیفت در این منطقه تحت درمان هستند، تعداد ۳۷۴ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. داده‌های گردآوری‌شده پژوهش شامل ۳۴۳ نفر از افراد مورد مطالعه بوده است که در ۱۱ کلینیک مختلف انجام شد. در این فرآیند، ۳۰ نفر به دلیل عدم کامل بودن اطلاعات یا مشکلات دیگر از تحلیل خارج شدند. جمع‌آوری داده‌ها در بهار و تابستان ۱۴۰۲ انجام شد. معیارهای ورود پژوهش شرکت‌کنندگان باید تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشته باشند، که نشان‌دهنده مدیریت فعال وضعیت سوءمصرف مواد

مطالعه شاکر (۱۳۹۷) برای بدست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شده است و از آنها در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسش‌های تحقیقاتی مناسب است و آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد، نظر خواهی شد و مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه شاکر (۱۳۹۷) پایایی پرسشنامه براساس یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه ۳۰ نفری پایایی پرسشنامه ۰/۸۴ محاسبه شد (Ketabi & Mousavi-Asl, 2024); (Mobini Kashe et al., 2024).

پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه (YSQ-SF, 2005):

برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از پرسشنامه‌ای خودگزارشی که توسط یانگ (۲۰۰۵) طراحی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه با ۷۵ سؤال و در مقیاس لیکرت (کاملاً غلط: ۱ تا کاملاً درست: ۶) و پانزده طرحواره را در پنج حوزه: ۱- بریدگی و طرد ۲- خودگردانی و عملکردمختل ۳- محدودیت مختل ۴- دیگرجهت‌مندی ۵- گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، می‌سنجد (پیوست ب). شیوه نمره گذاری هر مقیاس (طرحواره) از ۵ سوال تشکیل شده است. فرد بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً درست، تقریباً درست، اندکی درست، تقریباً غلط و کاملاً غلط) که به ترتیب ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ نمره به آنها تعلق می‌گیرد، می‌سنجد. با توجه به اینکه هر سوال دارای ۶ گزینه بوده و فرد نمرات ۱ تا ۶ را به ترتیب کسب می‌کند لذا حداقل نمره به دست آمده ۷۵ و حداکثر ۴۵۰ منظور شده است. برای هر یک از حوزه‌ها نیز حداقل و حداکثر نمره به شرح زیر محاسبه شده است. برای حوزه اول که شامل سوالات ۱ تا ۲۵ است حداکثر نمره ۱۵۰ منظور شده است. حوزه دوم که شامل سوالات ۲۶ تا ۴۵ است حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. حوزه سوم شامل سوالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ منظور شده است. حوزه چهارم شامل سوالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ است و برای حوزه پنجم که شامل سوالات ۵۶ تا ۶۵ می‌باشد حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ محاسبه شده است. همچنین اگر فردی سه یا چهار نمره بالا (۵ یا ۶) در یک طرحواره داشته باشد، معمولاً از نظر بالینی بدین معنا است که این طرحواره در ذهن وجود دارد. اعتبار و پایایی پرسش نامه یانگ اولین پژوهش جامع راجع به

است. حداقل دو ماه از آغاز درمان نگهدارنده با متادون گذشته باشد تا اطمینان حاصل شود که فرد دوره‌ای از ثبات را تجربه کرده و داده‌های به‌دست آمده دقیق‌تر و معتبرتر خواهد بود. افراد باید در وضعیت روانی نرمال و پایدار قرار داشته باشند تا توانایی کامل برای تکمیل پرسشنامه و مشارکت در پژوهش را داشته باشند. معیارهای خروج پژوهش افرادی که تحت درمان با داروی دیگری به غیر از متادون قرار دارند، از شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه مستثنی خواهند شد. افرادی که کمتر از دو ماه از شروع درمان نگهدارنده با متادون آن‌ها گذشته است، از ادامه شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه کنار گذاشته خواهند شد. افرادی که در وضعیت روانی نرمال و پایدار قرار ندارند، نمی‌توانند در پژوهش شرکت کنند و از تکمیل پرسشنامه مستثنی خواهند بود. افرادی که نتوانند پرسشنامه را به طور کامل تکمیل کنند، از مطالعه کنار گذاشته خواهند شد، زیرا تکمیل صحیح پرسشنامه برای دقت و اعتبار داده‌های پژوهش ضروری است.

پرسشنامه مشکلات هیجانی: پرسشنامه مشکلات هیجانی توسط

اگای و همکاران (۲۰۰۷) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۵ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد و مقیاس‌های مشکلات هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این پرسشنامه دارای مقیاس دروغ‌سنجی است که به ارزیابی میزان بینش فرد نسبت به مشکل مشکلات هیجانی می‌پردازد. این پرسشنامه اخیراً توسط امیرپور و شریفی (۲۰۲۳) اعتباریابی شده است. مشکلات هیجانی (EP) (۸ آیتم) شیوه نمره گذاری طیف مورد استفاده در پرسشنامه براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت می‌باشد (شامل: کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) در جدول زیر نشان داده شده است. مقیاس درجه‌بندی سوال‌های پرسشنامه کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، تا اندازه‌ای (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) و نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس حد پایین نمره ۳۵، حد متوسط ۱۰۵ و حد بالای نمرات ۱۷۵ قضاوت کنید. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۵ تا ۷۰ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۷۰ تا ۱۴۰ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۱۴۰ باشد، میزان متغیر بسیار بالا می‌باشد (Wang et al., 2025). در

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت، جوینز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شد. وضرب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران نشان دادند، پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است. هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده که ۲۵۲ نفر مونث و ۱۳۵ نفر مذکر به شیوه‌های تصادفی چند مرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبایی، شهید بهشتی، تربیت مدرس و علوم تحقیقات انجام شد. همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از α کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمد. بر این اساس پایایی طرحواره‌های محرومیت هیجانی ۰/۸۷، ره‌اشدگی ۰/۷۸، بی‌اعتمادی-بدرفتاری ۰/۸۳، بیگانگی-انزوای اجتماعی ۰/۸۷، نقص-شرم، شکست ۰/۹۰، وابستگی-بی‌کفایتی ۰/۸۶، آسیب‌پذیری ۰/۹۰، خودتحول نیافته-گرفتار ۰/۷۹، اطاعت ۰/۸۳، فداکاری ۰/۸۲، بازداری هیجانی ۰/۸۶، عیب‌جویی افراطی ۰/۷۲ و خویش‌داری-خودانضباطی ناکافی ۰/۸۷ به دست آمد. ذوالفقاری، فاتحی فر و عابدی (۱۳۸۷) فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ را روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا کردند. در پژوهش آنها ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای

کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آمد: بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت‌های مختل ۰/۷۳، دیگر جهت‌مندی ۰/۶۷ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸ (Rostami Torznogh, Satarian & Shojaei-Jeshvaghani, 2025et al., 2025).

برای تعیین مشخصه‌های آماری گروه‌ها و توصیف متغیرها از روش‌های آمار توصیفی استفاده شد و برای برقراری ارتباط بین متغیرها و با توجه به شرایط استفاده از آزمون‌های پارامتریک، از روش‌های آمار استنباطی چون تحلیل رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون استفاده گردید. تمامی تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS انجام شد و نتایج تحلیل‌ها برای بررسی روابط و تأثیرات متقابل متغیرها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

مطابق نتایج جمعیت‌شناختی مشاهده شد که اکثریت افراد نمونه را افراد ۲۰ تا ۳۰ سال (۴۵/۸٪) تشکیل دادند. افراد ۴۰ تا ۵۰ سال نیز با ۱۰,۲ درصد، کمترین فراوانی و درصد از افراد نمونه را به خود اختصاص داده‌اند. اکثریت افراد نمونه را افراد مجرد (۶۶/۲٪) تشکیل دادند. همچنین اکثریت افراد نمونه را تحصیلات فوق دیپلم (۴۷/۶٪) تشکیل دادند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| عامل کلی | زیرمقیاس | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
|---------------|-------------------------|---------|------------------|------|--------|
| | بریدگی و طرد | ۵۶/۹۶ | ۱۸/۱۶ | ۱/۸۳ | ۰/۲۶ |
| | خودگردانی و عملکرد مختل | ۴۷/۹۶ | ۱۸/۱۵ | ۰/۵۰ | ۰/۲۶ |
| طرحواره یانگ | محدودیت‌های مختل | ۲۶/۰۳ | ۹/۵۵ | ۰/۷۰ | ۰/۲۶ |
| | دیگر جهت‌مندی | ۲۷/۷۱ | ۸/۸۹ | ۱/۲۱ | ۰/۲۶ |
| | گوش به زنگی بیش از حد | ۲۵/۷۰ | ۹/۳۰ | ۰/۲۰ | ۰/۲۶ |
| مشکلات هیجانی | مشکلات هیجانی | ۲۲/۱۴ | ۳/۹۴ | ۱/۴۷ | ۰/۱۳ |

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین گروه نمونه در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ در مقیاس بریدگی و طرد (۵۸,۹۶) بالاترین میانگین و در متغیر احساس تنهایی میانگین (۴۳,۹۶) و در مقیاس عود سوء مصرف مواد مصرف میانگین (۸۴,۳۷) بدست آمد.

۱۱

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | کولموگروف-اسمیرنوف | معناداری |
|-------------------------|--------------------|----------|
| بریدگی و طرد | ۰/۸۷ | ۰/۴۲ |
| خودگردانی و عملکرد مختل | ۱/۲۳ | ۰/۰۸ |
| محدودیت‌های مختل | ۱/۳۱ | ۰/۰۰۷ |
| دیگر جهت مندی | ۱/۳۰ | ۰/۰۶ |
| گوش به زنگی بیش از حد | ۱/۰۵ | ۰/۲۲ |
| مشکلات هیجانی | ۰/۸۱ | ۰/۵۲ |

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود با توجه به معنی دار نبودن مقدار F و نیز سطح معنی داری بالاتر از $P > ۰/۰۵$ داده‌های متغیرهای حاضر نرمال هستند. لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مناسب برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۳. کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس و شاخص دوربین واتسون متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | چولگی | کشیدگی | ضریب تحمل | تورم واریانس | دوربین واتسون |
|-------------------------|-------|--------|------------|--------------|---------------|
| بریدگی و طرد | -۰/۳۳ | ۰/۲۶ | ۰/۸۹ | ۱/۱۲ | ۱/۹۹ |
| خودگردانی و عملکرد مختل | ۱/۸۳ | ۰/۲۶ | ۰/۸۹ | ۱/۱۲ | |
| محدودیت‌های مختل | ۰/۵۰ | ۰/۲۶ | ۰/۸۹ | ۱/۱۲ | |
| دیگر جهت مندی | ۰/۷۰ | ۰/۲۶ | ۰/۸۹ | ۱/۱۲ | |
| گوش به زنگی بیش از حد | ۱/۲۱ | ۰/۲۶ | ۰/۸۹ | ۱/۱۲ | |
| مشکلات هیجانی | ۰/۲۰ | ۰/۲۶ | متغیر ملاک | متغیر ملاک | متغیر ملاک |

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه به روش همزمان برای تبیین مشکلات هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه

| شاخص آماری | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | R | R^2 |
|------------|---------------|------------|-----------------|------|----------|------|-------|
| رگرسیون | ۶۰۸۲/۶۷ | ۴ | ۱۵۲۰/۶۷ | ۸/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ | ۰/۳۱ |
| باقیمانده | ۵۶۴۷۱/۶۸ | ۳۱۴ | ۱۷۹/۸۴ | | | | |
| مجموع | ۶۲۵۵۴/۴۶ | ۳۱۸ | | | | | |

در جدول ۴ گزارش شده که آن مقدار اعتبار آماری مدل را ارزیابی می‌کند. با توجه به اینکه سطح معناداری متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه از $P < ۰/۰۱$ کمتر می‌باشد می‌توان تأثیر متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک را از لحاظ آماری پذیرفت. میزان ضریب تبیین R^2 برای پیش‌بینی مشکلات هیجانی برابر با ۰/۳۱ می‌باشد که نشان می‌دهد ۳۱ درصد از واریانس مشکلات هیجانی در گروه نمونه به طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط می‌باشد. و بقیه واریانس وابسته به عوامل دیگری است که در این تحقیق مد نظر قرار نگرفته است و یا ناشناخته می‌باشد. به عبارت دیگر بقیه به متغیرهایی مربوط می‌شود که در واریانس مشکلات هیجانی سهم دارند ولی در این مطالعه به آنها پرداخته نشده است.

جدول ۵. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی مشکلات هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه

| معناداری | مقدار t | سهم متغیرها | B |
|----------|---------|-------------|-------|
| ۰/۰۰۱ | ۱۷/۱۵ | | ۶۴/۴۱ |
| ۰/۰۱۳ | ۲/۵۱ | ۰/۲۲ | ۱۷/۰۰ |

| | | | | |
|------------------|-------|-------|------|------|
| خودگردانی | ۰/۰۷ | ۰/۰۹ | ۰/۸۷ | ۰/۳۸ |
| محدودیت‌های مختل | -۰/۱۰ | -۰/۰۷ | ۰/۸۲ | ۰/۴۱ |

مستقیم بر پیش‌بینی مشکلات هیجانی افراد تحت درمان نگهدارنده متادون دارند. هر چه این گروه از طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد شدگی و همچنین از بیشتری برخوردارند باشند مشکلات هیجانی در آنها بیشتر است. از این رو شواهد کافی برای پذیرش این پژوهش در سطح ۰,۹۹ درصد وجود داشت.

نتایج حاصل از جدول ۵ نشان می‌دهد حوزه بریدگی و طرد (۰,۲۲) در پیش‌بینی مشکلات هیجانی گروه نمونه سهم دارند. بیشترین سهم مربوط به حوزه بریدگی و طرد با بتای (۰,۲۲) بود. با توجه به مثبت بودن ضرایب رگرسیونی در متغیرهای پیش بین (طرحواره ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد) می‌توان گفت که هر دو متغیر اثر مثبت و

جدول ۶. خلاصه نتایج ماتریس همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات هیجانی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|----------------------------|--------------|---------|-----------------|---------|------|---|
| ۱- بریدگی و طرد | - | | | | | |
| ۲- خودگردانی و عملکرد مختل | **۰/۷۹۶ | - | | | | |
| ۳- محدودیت‌های مختل | *۰/۶۱۸ | *۰/۷۷۹ | - | | | |
| ۴- دیگر جهت مندی | **۰/۶۸۱ | *۰/۵۹۵ | **۰/۶۴۲ | - | | |
| ۵- گوش به زنگی | *۰/۵۱۷ | *۰/۵۱۲ | *۰/۵۷۵ | **۰/۶۳۱ | - | |
| ۶- مشکلات هیجانی | **۰/۲۷۲ | **۰/۱۹۴ | **۰/۱۵۱ | ۰,۰۹۸ | ۰/۱۰ | - |
| | $p < ۰/۰۵^*$ | | $p < ۰/۰۱^{**}$ | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی مشکلات هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری قادر به پیش‌بینی مشکلات هیجانی در این بیماران هستند؛ به طوری که این طرحواره‌ها در مجموع ۳۱ درصد از واریانس مشکلات هیجانی گروه نمونه را تبیین می‌کنند ($R^2=0.31$, $p < 0.01$). بررسی ضرایب رگرسیون و همبستگی مشخص کرد که در میان حوزه‌های مختلف، «حوزه بریدگی و طرد» بیشترین سهم را در پیش‌بینی مشکلات هیجانی ایفا می‌کند ($\beta=0.22$, $r=0.272$, $p < 0.01$). همچنین، حوزه‌های «خودگردانی و عملکرد مختل» ($r=0.194$, $p < 0.01$) و «محدودیت‌های مختل» ($r=0.151$, $p < 0.01$) نیز رابطه مثبت و معناداری با مشکلات هیجانی داشتند. با این وجود، رابطه حوزه‌های «دیگرجهت‌مندی» و «گوش‌به‌زنگی» با مشکلات هیجانی در این گروه از بیماران از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0.05$).

با توجه به جدول ۶ مشاهده می‌شود ضرایب همبستگی محاسبه شده بیانگر این موضوع است که بین نمرات حوزه بریدگی و طرد و مشکلات هیجانی ($r = ۰/۲۷۲$, $n = ۳۴۳$, $p < ۰/۰۱$) و بین نمرات حوزه خودگردانی و عملکرد مختل و مشکلات هیجانی ($r = ۰/۱۹۴$, $n = ۳۴۳$, $p < ۰/۰۱$) و بین نمرات حوزه دیگر جهت مندی و مشکلات هیجانی ($r = ۰/۱۵۱$, $n = ۳۴۳$, $p < ۰/۰۱$) در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه معنادار وجود دارد. و بین نمرات حوزه دیگر جهت مندی و مشکلات هیجانی ($r = ۰/۰۹۸$, $n = ۳۴۳$, $p > ۰/۰۵$) و بین نمرات حوزه گوش به زنگی و مشکلات هیجانی ($r = ۰/۱۰$, $n = ۳۴۳$, $p > ۰/۰۵$) در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه معنادار وجود ندارد. به عبارتی هر چه افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون از طرحواره‌ها در حوزه‌های (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت مختل) برخوردار باشند، مشکلات هیجانی در آنها افزایش می‌یابد و بالعکس. در حوزه‌های دیگر جهت مندی و گوش به زنگی با مشکلات هیجانی رابطه‌ای مشاهده نشد. در نتیجه شواهد کافی برای پذیرش این یافته در سطح ۰,۰۱ وجود داشت.

به ویژه حوزه بریدگی و طرد) و احساس تنهایی، نقش بسیار مخربی در پیش‌بینی مشکلات روانی و عود در سوء‌مصرف مواد ایفا می‌کند (FitzGerald et al., 2023; Rawl et al., 2023). بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، به دلیل طرد شدن از سوی خانواده و جامعه و درگیری طولانی‌مدت با پدیده انگ (Stigma)، این طرحواره در آن‌ها به شدت فعال باقی می‌ماند و منجر به بروز مشکلات هیجانی پایدار و خطر عود می‌گردد (Schmidt, 2020).

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که حوزه «خودگردانی و عملکرد مختل» با مشکلات هیجانی رابطه مثبت دارد. این حوزه شامل باورهایی است که فرد خود را در مدیریت زندگی روزمره، تصمیم‌گیری و بقای مستقل، ناتوان و بی‌کفایت می‌بیند. چنین باورهایی منجر به کاهش شدید خودکارآمدی، وابستگی افراطی به دیگران یا مواد، و اضطراب مداوم از شکست می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که درمان‌های متمرکز بر طرحواره و ذهن‌آگاهی با هدف قرار دادن همین حوزه، می‌تواند سرمایه روان‌شناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی) را در مردان مبتلا به اعتیاد افزایش دهند (Aghili et al., 2020). از سوی دیگر، حوزه «محدودیت‌های مختل» نیز که شامل طرحواره‌های استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی است، با مشکلات هیجانی همبستگی نشان داد. افراد دارای این طرحواره‌ها در کنترل تکانه‌ها، تحمل ناکامی و تنظیم هیجانات خود به شدت ضعیف عمل می‌کنند. مطالعات تأیید کرده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی مستعدکننده در تعامل با طرحواره‌های محدودیت مختل، فرد را به سمت رفتارهای تکانشی و مصرف مواد سوق می‌دهد (Klein, 2022). فقدان خودانضباطی باعث می‌شود فرد برای رهایی از کوچکترین تنش هیجانی، به اجتناب تجربه‌ای متوسل شود؛ مکانیزمی که در آن فرد تلاش می‌کند از افکار و احساسات منفی فرار کند و همین امر به نوبه خود به تشدید مشکلات هیجانی می‌انجامد (Abdollahpour et al., 2025).

این الگوهای شناختی ناکارآمد تنها به خود فرد محدود نمی‌شود، بلکه آسیب‌شناسی روانی و متغیرهای پیش‌آگهی مرتبط با آن‌ها، ساختار خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (Rubio-Escobar et al., 2024). بررسی‌ها حاکی از آن است که دختران و زنان در

یافته اصلی این پژوهش مبنی بر نقش پیش‌بینی‌کننده و مخرب طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز مشکلات هیجانی بیماران وابسته به مواد، با مبانی نظری و پیشینه پژوهشی همسو است. مطالعات نشان داده‌اند که اختلال مصرف مواد که بر اساس معیارهای تشخیصی به عنوان یک اختلال مزمن با پیامدهای شناختی و هیجانی شدید شناخته می‌شود (American Psychiatric, 2023)، ریشه در تجربیات اولیه و ساختارهای بنیادین روانی دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای عمیقی از خاطرات، هیجانات و شناخت‌ها هستند که در پاسخ به نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی شکل می‌گیرند و در بزرگسالی باعث می‌شوند فرد در مواجهه با چالش‌های زندگی دچار بدتنظیمی هیجانی شود. همسو با نتایج ما، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر طرحواره‌درمانی می‌توانند به طور مؤثری دشواری در تنظیم هیجان را در افراد وابسته به مواد کاهش دهند (Eghdampanah Foumani et al., 2024). همچنین رویکردهای هیجان‌مدار و طرحواره‌محور توانسته‌اند در بهبود علائم اضطرابی و تنظیم هیجان مؤثر واقع شوند که این امر تأییدکننده ارتباط تنگاتنگ طرحواره‌ها با مشکلات هیجانی است (Razzaghi et al., 2025). مرورهای سیستماتیک نیز به روشنی بیانگر تأثیر بنیادین طرحواره‌های ناسازگار بر شکل‌گیری و تداوم رفتارهای اعتیادآور به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ناسازگار برای فرار از دردهای هیجانی هستند (Walker & Schutte, 2023; Andrew et al., 2022).

در تبیین نقش برجسته «حوزه بریدگی و طرد» که بیشترین سهم را در پیش‌بینی مشکلات هیجانی داشت ($\beta = 0.22$)، باید به ماهیت طرحواره‌های زیرمجموعه این حوزه (شامل رهاشدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص/شرم و انزوای اجتماعی) توجه کرد. بیمارانی که در این حوزه نمرات بالایی دارند، عمیقاً باور دارند که نیازهای آن‌ها به امنیت، ثبات، محبت، همدلی و پذیرش هرگز به طور پایدار برآورده نخواهد شد. این باورها به طور مستمر احساسات دردناکی نظیر تنهایی عمیق، بیگانگی و طردشدگی را تولید می‌کنند. از منظر تکاملی، احساس تنهایی یک زنگ خطر بیولوژیک است که سیستم عصبی را در وضعیت استرس مزمن قرار می‌دهد (Cacioppo et al., 2020). پژوهش‌های بالینی تأیید می‌کنند که تنهایی یکی از قوی‌ترین محرک‌های بروز مشکلات هیجانی و بازگشت به مصرف مواد است (Saas et al., 2023). تعامل میان طرحواره‌های ناسازگار

خانواده‌های درگیر با اعتیاد نیز دارای نمرات بالایی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند که نشان‌دهنده انتقال بین‌نسلی این مشکلات هیجانی است (Torabian et al., 2014). به همین دلیل، مداخلاتی نظیر طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند حتی برای همسران افراد وابسته به مواد نیز اثربخش بوده و تحمل پریشانی را در آن‌ها ارتقا دهد (Mohamadi & Jabalameli, 2024). در نهایت، باید توجه داشت که فراتحلیل‌ها و مطالعات اخیر بارها ثابت کرده‌اند که وجود این طرحواره‌های فعال (بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، و محدودیت‌های مختل) در هسته مرکزی روان افراد وابسته به مواد، اصلی‌ترین پیش‌بین برای شکست در درمان و بازگشت به اعتیاد است (Lo et al., 2021; Li et al., 2022).

در مقابل، عدم وجود رابطه معنادار میان حوزه‌های «دیگرجهت‌مندی» و «گوش‌به‌زنگی/بازداری» با مشکلات هیجانی در این مطالعه ($p > 0.05$) را می‌توان با در نظر گرفتن بافتار خاص جامعه هدف تبیین کرد. بیماری‌هایی که در مراحل درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، عمدتاً درگیر جبران نیازهای اولیه بقاء، غلبه بر طردشدگی اجتماعی و بازسازی استقلال از دست رفته خود هستند. حوزه‌های دیگرجهت‌مندی (تلاش مفراط برای جلب رضایت دیگران) و گوش‌به‌زنگی (کمال‌گرایی و سرکوب احساسات برای جلوگیری از اشتباه)، معمولاً نیازمند سطحی از ثبات اجتماعی و دغدغه‌های مرتبه بالاتر هستند که در بحبوحه بحران‌های ناشی از اعتیاد مزمن و درمان‌های نگهدارنده، کمتر در اولویت روانی بیمار قرار می‌گیرند و به تبع آن، سهم کمتری در تولید مستقیم مشکلات هیجانی مرتبط با این دوره خاص دارند.

پژوهش حاضر علیرغم دستاوردهای نظری و کاربردی، با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. نخستین محدودیت به طرح توصیفی-همبستگی و مقطعی این مطالعه بازمی‌گردد؛ به این معنا که داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص گردآوری شده‌اند و از این رو نمی‌توان روابط علی و معلولی قطعی میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات هیجانی استنباط کرد. دومین محدودیت، استفاده انحصاری از ابزارهای خودگزارش‌دهی (پرسشنامه‌ها) است که ممکن است به دلیل سوگیری‌های پاسخ‌دهی، دفاع‌های روانی، تمایل به مطلوبیت

اجتماعی و یا عدم بینش کافی بیماران به وضعیت روانی خود، نتایج را تا حدی تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، جامعه آماری این پژوهش تنها به بیماران تحت درمان در کلینیک‌های منطقه هفت شهر تهران محدود شده است. با توجه به تنوع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در مناطق مختلف شهری و سایر استان‌ها، تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر جمعیت‌های بالینی و مناطق جغرافیایی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، این پژوهش متغیرهای مداخله‌گری نظیر دوز مصرفی متادون، مدت زمان حضور در درمان، نوع مواد مصرفی پیشین و وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه (کوموربید) را به طور کامل کنترل نکرده است که این عوامل می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر وضعیت هیجانی بیماران داشته باشند.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های مطرح شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی و آینده‌نگر استفاده شود تا بتوان تغییرات پویای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تأثیر آن‌ها بر نوسانات مشکلات هیجانی و احتمال عود را در طول زمان و در مراحل مختلف درمان ردیابی کرد. همچنین بهره‌گیری از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته در کنار ابزارهای خودگزارش‌دهی، می‌تواند ارزیابی دقیق‌تر و عمیق‌تری از ساختارهای شناختی بیماران فراهم آورد. پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابهی در سایر مناطق جغرافیایی و با در نظر گرفتن تنوع خرده‌فرهنگی و سطوح مختلف اقتصادی-اجتماعی انجام پذیرد تا روایی بیرونی یافته‌ها تقویت شود. از سوی دیگر، مقایسه اثربخشی درمان‌های دارویی مختلف (مانند متادون در برابر بوپرنورفین) در تعامل با طرحواره‌های بیماران، می‌تواند افق‌های جدیدی را در شخصی‌سازی درمان اعتیاد باز کند. در نهایت، بررسی نقش متغیرهای میانجی‌گر و تعدیل‌کننده نظیر کیفیت حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی، میزان تاب‌آوری و شدت ولع مصرف در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و بدتنظیمی‌های هیجانی، به عنوان یک اولویت تحقیقاتی برای درک بهتر مکانیسم‌های زیربنایی اعتیاد توصیه می‌گردد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، به سیاست‌گذاران سیستم بهداشت و درمان، روان‌پزشکان و مدیران کلینیک‌های ترک اعتیاد قویاً پیشنهاد می‌شود که فرآیند درمان نگهدارنده با متادون را صرفاً به تجویز دارو محدود نکنند. ضروری است در همان مراحل اولیه پذیرش بیماران،

- American Psychiatric, A. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Revision)*. American Psychiatric Publishing.
- Andrew, J., Lee, K., & Thompson, L. (2022). The impact of early maladaptive schemas on addictive behaviors: A systematic review. *Journal of Addiction Psychology*.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2020). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 176, 1-16.
- Changchien, T.-C., Hsieh, T.-J., & Yen, Y. C. (2024). Erectile Dysfunction Among Male Patients Receiving Methadone Maintenance Treatment: Focusing on Anxiety-Related Symptoms. *Sexual Medicine*, 12(4).
<https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae052>
- Coffee, Z. (2025). Trauma-Related Stress and Resilience in a Multistate Sample of Methadone Treatment Staff. *Substance Use Research and Treatment*, 19.
<https://doi.org/10.1177/29768357251383239>
- Eghdampanah Foumani, K., Moghtader, L., Asadi Mojreh, S., & Akbari, B. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy and Schema Therapy on Difficulty in Emotion Regulation in Substance-Dependent Individuals [Research]. *Research on Addiction*, 18(72), 145-168. <https://doi.org/10.61186/etiadjohi.18.72.7>
- FitzGerald, K., Smith, R., & Johnson, T. (2023). The interplay between early maladaptive schemas and loneliness in predicting substance use relapse. *Addiction Research & Theory*, 31(2), 85-96.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2061207>
- Ketabi, M., & Mousavi-Asl, S. A. (2024). Effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral approach on emotional problems, sleep quality, and pain intensity in women with chronic tension-type headache. *Health Psychology*, 13(50), 97-114.
https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_11238.html
- Klein, A. (2022). Interactions between early maladaptive schemas and personality traits in predicting substance relapse. *Clinical psychology review*, 88, 102-115.
- Li, Y., Chen, H., & Wang, L. (2022). The role of maladaptive schemas in predicting substance use relapse: Recent findings. *Addictive Behaviors Journal*.
- Lo, J., Smith, A., & Johnson, T. (2021). Early maladaptive schemas and substance use relapse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Mobini Kashe, F., Jadidi, M., & Pourseyyed Aqaei, Z. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Parenting on Parent-Child Interaction and Impulsivity of Students with Externalized Behavioral-Emotional Problems. *Journal of Modern Psychological Researches*, 19(75), 72-86.
<https://www.magiran.com/paper/2809722/the->

غربالگری روان‌شناختی دقیقی جهت شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به ویژه در حوزه‌های «بریدگی و طرد» و «خودگردانی مختل» صورت گیرد. ادغام پروتکل‌های روان‌درمانی مبتنی بر شواهد، نظیر طرحواره‌درمانی فردی و گروهی، در برنامه‌های روتین کلینیک‌های MMT می‌تواند به عنوان یک بازوی درمانی قدرتمند عمل کند. در این مداخلات بالینی، درمانگران باید بر تکنیک‌های بازوالدگری حدودمرزدار و اصلاح شناختی تمرکز کنند تا بیماران بتوانند تجربیات طردشدگی گذشته را ترمیم کرده و مهارت‌های مقابله‌ای سالمی را برای مدیریت هیجانات منفی خود بیاموزند. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزش تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی برای بیماران و خانواده‌های آنان می‌تواند چرخه معیوب تنهایی، طرد اجتماعی و پناه بردن به مصرف مواد را در هم بشکند و در نهایت به افزایش کیفیت زندگی و پایداری درمان این افراد منجر شود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از همه کسانی که سهمی در انجام این پژوهش داشتند، تشکر می‌کنند.

References

- Abdollahpour, S., Dehghani Arani, F., & Farahani, H. (2025). The relationship between emotional schemas and intolerance of uncertainty with the mediating role of experiential avoidance in women. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(1), 99-113.
https://japr.ut.ac.ir/article_100230.html?lang=en
- Aghili, M., Asghari, A., Akaberi, Z., & Namazi, M. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on the Psychological Capital of Addicted Men. *Clinical Psychology Achievements*, 6(1), 1-10.
https://jacp.scu.ac.ir/article_17557_en.html?lang=en

