



بررسی تطبیقی رویکرد درمان شناختی رفتاری و اسکیمای تریابی بر بهبود رفتار سازگارانۀ در افراد با سوء مصرف مواد مخدر

سمانه سلامیان: دانشجوی دکتری، رشته روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران
مصطفی حیدری: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران (*نویسنده مسئول) dr.heidari20sh@gmail.com
اصغر نوروزی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،
اسکیمای تریابی،
رفتار سازگارانۀ

زمینه و هدف: در دنیای امروز، سوء مصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، کاهش ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتار مجرمانه به یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامتی تبدیل شده است لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بهبود رفتار سازگارانۀ در افراد با سوء مصرف مواد مخدر بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی است که مبتلا به سوء مصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (دی تا اسفند ۱۴۰۰) به مراکز ترک اعتیاد دولتی در منطقه ۵ شهر تهران مراجعه کردند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ آزمودنی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی-رفتاری (مایکل فری، ۲۰۰۵) و ۸ جلسه طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳) اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۶۱) بهره برده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی، اثربخشی بیشتری در بهبود رفتار سازگارانۀ در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن بود که رفتار سازگارانۀ در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر میزان پس از جلسات درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی به طور معناداری بهبود پیدا کرده است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Salamian S, Heydari M, Noruzi A. A Comparative Study of the Approach of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Improving Adaptive Behavior in People with Drug Abuse. Razi J Med Sci. 2024(29 Jul);31.77.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

A Comparative Study of the Approach of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Improving Adaptive Behavior in People with Drug Abuse

Samaneh Salamian: PhD Student, Department of Health Psychology, Islamic Azad University, Tonkabon Branch, Tonkabon, Iran

Mostafa Heydari: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonkabon Branch, Tonkabon, Iran (* Corresponding Author) dr.heidari20sh@gmail.com

Asghar Noruzi: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

Abstract

Background & Aims: Today, drug abuse has become one of the most important issues related to health by decreasing the quality of life, increasing the death rate, reducing social and moral values, and increasing criminal behaviors. Psychiatric disorders along with drug abuse have had destructive effects on physical, psychological, social, family, and social communication issues, and the consequences of this disease will cause enormous costs for governments. This research was conducted to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy in improving adaptive behavior in people with drug abuse.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up plan with a control group. The current research was of the type of applied research and in terms of the research method, it was a semi-experimental type with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The population of the present study includes all people who are suffering from drug abuse and went to government addiction treatment centers in District 5 of Tehran for treatment of their addiction within three months (December to March 1400). After determining the research sample and the desired treatment center, by checking the general characteristics of the participants and conducting an initial interview, the clients with the necessary conditions for the research were identified, and then three groups of 15 people were separated based on the random sampling method from the available population. The participants were divided into two experimental groups and one control group. All the subjects completed all the research tools two times (before and after the treatment). The schema therapy sessions are tried to be following Yang's therapy model. In the same way, the intervention process is implemented using cognitive and experimental strategies and behavioral pattern-breaking. The intervention included 15 schema therapy sessions for the experimental group and the control group did not receive any intervention. The meetings were held for two hours and once a week. Also, the experimental group received 12 sessions of cognitive-behavioral psychotherapy in a group based on Michael Frey's instructions (2005), but the control group did not receive any intervention. Before the beginning of the treatment sessions, the researcher explained the nature and objectives of the sessions to the participants and answered the questions raised by the subjects. Bell's compatibility questionnaire (1961) was used to collect data. SPSS software and multivariate covariance analysis tests were used for data analysis.

Results: By removing the effect of pre-test scores, the difference between the average scores of the post-test in the adaptive behavior variable and its components in the two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and schema therapy and the control group is significant ($0.5 \geq p$). In other words, the results show that

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy,
Schema Therapy,
Adaptive Behavior

Received: 02/03/2024

Published: 29/07/2024

the difference in the adjusted averages of the post-test in the score of adaptive behaviors and its components by groups was significant ($p \geq 0.05$). The amount of this effect in improving adaptive behaviors in the post-exam stage is 25%, in the family component 52%, in the health (physical) component 16%, in the emotional (emotional) component 0.31, in the occupational component 0.68 and in the social component it is 22 percent. Also, based on the results of the above table, by removing the effect of the pre-test scores, the difference between the mean follow-up scores in the adaptive behavior variable and some of its components in the two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and schema therapy and the control group is significant ($01/0 \geq p$). In other words, the results indicate that the difference between the adjusted averages of follow-up in the score of adaptive behaviors and family, emotional, and occupational components by group was significant ($p \geq 0.01$). The amount of this effect in improving adaptive behaviors is 30% in the follow-up phase, 31% in the family component, 0.33% in the emotional component, and 0.38% in the occupational component, but by removing the effect of the pre-test scores, the difference between the average scores Follow-up in health (physical) and social components is not meaningful. The results showed that cognitive-behavioral therapy was more effective than schema therapy in improving adaptive behavior in people suffering from substance abuse.

Conclusion: The findings indicated that adaptive behavior in people suffering from drug abuse improved significantly after cognitive behavioral therapy and schema therapy sessions. The findings of this research can provide useful information for counselors and psychotherapists about the effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy in improving adaptive behavior in people suffering from drug abuse. Therefore, during cognitive-behavioral therapy sessions, people with substance abuse disorder identify their negative emotions in social and communication fields and instead of avoiding people, they face them. In addition, cognitive and problem-solving techniques also help to increase self-awareness and reduce avoidance in people, and these factors help people with substance abuse disorders to correctly recognize and deal with negative emotions in the social context. Communication can reduce interpersonal problems in people with substance abuse disorder. In this study, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy in improving adaptive behavior in people suffering from drug abuse was investigated.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Salamian S, Heydari M, Noruzi A. A Comparative Study of the Approach of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Improving Adaptive Behavior in People with Drug Abuse. *Razi J Med Sci.* 2024(29 Jul);31.77.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است (۱). اختلالات روان پزشکی همراه با سوء مصرف مواد مخدر، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان شناختی، اجتماعی، خانوادگی و مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی به همراه داشته است و پیامدهای این بیماری هزینه‌های بسیار گزافی را برای دولت‌ها بر جای خواهد گذاشت (۲). افسردگی اساسی، اضطراب، اختلال شخصیت‌مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی جزو رایج‌ترین تشخیص‌های روان پزشکی در میان افراد با سوء مصرف مواد است (۳). از جمله مسائل اجتماعی که برای فرد معتاد بروز می‌کند، رفتار سازگارانه است. سازگاری یک فرایند دوجانبه و ارتباطی میان فرد و جامعه است و در طول حیات انسان این فرایند در دو مقوله یادگیری و یاد دادن ادامه می‌یابد و سازگاری در غالب این فرایند صورت می‌گیرد (۴). اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق وابسته نمودن فرد به مصرف مواد مخدر، تزلزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جمله این پیامدها افزایش جرم، جنایت، خشونت و مشکلات سازگاری است. بی‌شک قربانیان این مشکلات در درجه اول افراد خانواده و نزدیکان مبتلایان است که آنها را ناخواسته یا خواسته با این پیامدها مواجه می‌سازد (۵). رفتار سازگارانه به مثابه مهم‌ترین نشانه سلامت روان، از مباحثی است که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری را جلب کرده است، شاید بتوان گفت که رشد اجتماعی مهم‌ترین نشانه سلامت است. متأسفانه فقدان ارتباط اجتماعی موثر می‌تواند منجر به هیجانات منفی اضطراب، افسردگی، تنهایی و احساس انزوا و خودپنداره ضعیف شود (۶). انتخاب استراتژی مناسب می‌تواند بر روی سازگاری خوب افراد تاثیرگذار باشد، و کیفیت زندگی فرد را افزایش دهد و در غیر این صورت نه تنها خود فرد، بلکه خانواده نیز دچار مشکلاتی از قبیل، ناتوانی در حل تعارضات و گسیختگی خانوادگی می‌گردد. سازگاری عاطفی را می‌توان شامل سلامت روانی خوب، رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت‌ها و افکار دانست سازگاری عاطفی

شامل مکانیزم‌هایی است که توسط آنها، فرد ثبات عاطفی پیدا می‌کند (۷).

با توجه به اینکه بیماری اعتیاد یک بیماری جسمانی نیست و شامل جنبه‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد و همچنین عوامل متعددی در ایجاد این پدیده نقش دارند، بنابراین در مان این بیماری نیز شامل جنبه‌های مختلف می‌گردد و بسیار پیچیده‌تر و مشکل‌تر از درمان بیماری‌های دیگر می‌باشد. به همین منظور پژوهش‌ها و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است تا روش‌های درمانی هرچه بیشتر بتواند جهت کمک به فرد مبتلا موفق باشد و تا حد ممکن درصد عود بیماری کاهش یا بد (۸). از جمله در مان‌های غیردارویی می‌توان به روان درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، مراکز اجتماع درمان مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (۹). هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول درمان و هزینه‌هایی که بر شخص آسیب دیده تحمیل می‌کنند با کاستی‌هایی روبرو هستند. همچنین دوره پیگیری در این درمان‌ها بصورت دائمی و بلند مدت نبود (۱۰). در این میان از بین رویکردهای روانی-اجتماعی که در زمینه درمان اعتیاد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی-رفتاری حمایت تجربی بسیار بالایی را به دست آورده‌اند (۱۱). درمان شناختی رفتاری رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود، از لحاظ زمانی سازمان یافته و بر این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد عمدتاً برحسب شیوه ساخت‌یابی جهان از دیدگاه او تعیین می‌شود (۱۲). مدل آسیب شناختی بک، بر نقش محوری تفکر در انگیزش و ابقای افسردگی، اضطراب و خشم تأکید می‌کند. سوگیری شناختی باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شود. در این حالت بیشتر احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، شخصی شده و منفی تفسیر شود (۱۳). مرور نتایج چند پژوهش فراتحلیل اخیر در مورد افسردگی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی اساسی مؤثر است و در مقایسه با داروهای ضدافسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است (۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب همبود با سوء مصرف مواد موثرند (۱۵). اساس

درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از اعتیاد پرداخت نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان گردید (۱۸). دلیل انتخاب این دو رویکرد این است که هر دو به نحوی بر الگوهای ارتباطی و سبک‌های مقابله‌ای تمرکز می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد و آسیب‌های متأثر از آن، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی درمانی طرح‌واره محور و درمان شناختی رفتاری برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این که مطالعات طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی صورت گرفته است، کمبود بررسی اثر بخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. بنابراین ارائه مداخلات روان‌شناختی جهت توانمند سازی افراد با سوء مصرف مواد مخدر کاملاً مشهود است (۴). هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر رفتار سازگاران در معتادان برر سی نکرده و این دو رویکرد را با هم مقایسه نکرده‌اند. پژوهش حاضر با این امید انجام شده است که خلا موجود در این زمینه را پر کند. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر بهبود رفتار سازگاران در افراد با سوء مصرف مواد بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که با کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1401.035 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به تصویب رسید. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی است که مبتلا به سوء مصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (دی تا اسفند ۱۴۰۰) به مراکز ترک اعتیاد دولتی در منطقه ۵ شهر تهران مراجعه کردند. منظور از افراد سوء مصرف کننده، افرادی است که یک یا چند ماده را از راه‌های گوناگون مانند خوردن، تزریق،

درمان شناختی-رفتاری در اعتیاد و عود آن مبتنی بر نارسایی‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) است (۱۶). این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطر آفرین یا بحرانی، به سوء مصرف مواد پناه ببرد (۱۷).

درمان‌های دارویی اعتیاد مانند درمان‌های غیر دارویی از تنوع و تعداد بسیاری برخوردار است و یکی از رایج‌ترین آن‌ها درمان با متادون است (۱۸). در این رویکرد، طرح‌واره همان الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطره‌ها، هیجان‌ها و شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (۵). طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی را برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند، بر پایه درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرح‌واره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تاکید دارد (۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود علائم اضطراب و افسردگی بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود اضطراب، کارسون (Carson) و همکاران (۲۰۲۲)، ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (۱۱). ویدلر (Videler) و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود به اثربخشی طرح‌واره

تدخین و استند شاق، به صورت مداوم مصرف کردند و این علائم سبب مراجعه آنها و استمداد از مراکز درمانی فوق شده است. پس از مصاحبه اولیه با معناتان متقاضی شرکت در جلسات و واجد شرایط شرکت در پژوهش و بر اساس مصاحبه تشخیصی، ۴۵ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. از آنجایی که در گروه‌های روان درمانی بهتر است

جدول ۱- خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	رتوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	* مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه و انجام توافقات لازم آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی و نحوه تکمیل کردن پرسش نامه طرحواره یانگ، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد
جلسه دوم	* تکمیل کردن پرسش نامه و انجام آزمون‌های اولیه آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی، اختلال سوء مصرف مواد، فرایندهای شناختی و اختلال شخص، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا (در برقراری ارتباط و تفهیم مفاهیم مورد نظر سعی شد از دستورالعمل‌های مراکز ترک وابستگی به مواد و گروه‌های خودیار در افراد وابسته به مواد، مانند دستورالعمل قدم‌های دوازده گانه نیز استفاده شود.)
جلسه سوم	* (ادامه بحث سنجش و آموزش در روند درمان) ارتباط طرحواره با کودک درون بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار عوامل موثر در اکتساب طرحواره
جلسه چهارم	* سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند. کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه
جلسه پنجم	* آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای
جلسه ششم	* آزمون اعتبار طرحواره‌ها الف. جمع‌آوری شواهد عینی تأییدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه ب. جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره * ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها
جلسه هفتم	* به کار بردن تکنیک گفت و گوی خیالی گفت و گوی طرحواره (گفت و گوی خیالی) توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره
جلسه نهم	* برقراری گفت و گو بین «جنبه طرحواره» و «جنبه سالم» بررسی فرم ثبت طرحواره: این کار به جهت اهداف مورد نظر در این جلسه بهتر است در ابتدای جلسه درمان صورت بگیرد. * نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت و گوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی
جلسه دهم	* تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی
جلسه یازدهم	* راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود
جلسه سیزدهم	* بررسی طرحواره ایثار و اطاعت در اعضای گروه
جلسه چهاردهم	* بررسی طرحواره محرومیت هیجانی و بازداری هیجان آموزش شیوه درست ابراز خشم (این کار هسته اصلی درمان است)
جلسه پانزدهم	* مرور تمرین‌های و تکالیف جلسه قبل در زمینه کنترل خشم بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها براساس طرحواره خویشتن داری و نبود خودانضباطی انجام اقدامات و آمادگی لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

مشخص شدند و سپس براساس روش نمونه گیری تصادفی از جامعه در دسترس، سه گروه ۱۵ نفره جدا شد. مشارکت کنندگان در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها، تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل کردند. برای جلسات طرحواره درمانی سعی بر این است که منطبق با الگوی درمانی یانگ و به همان ترتیب با استفاده از راهبردهای شناختی و تجربی و الگو شکنی رفتاری روند مداخله اجرا شود. مداخله شامل ۱۵ جلسه طرحواره درمانی برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات به صورت دو ساعته و هفته‌ای یک بار تشکیل شد. همچنین گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی-رفتاری را به صورت گروهی بر اساس دستور العمل مایکل فری (۲۰۰۵) دریافت

اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۵ نفر نباشد (سنایی، ۲۰۰۴). تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل سن (بین ۱۸ تا ۳۵ سال)، جنس (تنها مرد)، سطح تحصیلات (از راهنمایی تا لیسانس)، سابقه عود (از ۲ تا ۵ بار)، عدم مصرف بالای داروهای ضد سایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین‌ها) و تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش بود. وجود نشانگان شدید بالینی (براساس پرونده‌ی روان پزشکی فرد) و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

بعد از تعیین نمونه پژوهش و مرکز درمانی مورد نظر، با بررسی مشخصات کلی مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه اولیه، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش

جدول ۲- محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری

جلسه‌ها	محتوای جلسات
مقدماتی	آماده سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه.
اول	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می کنیم؛ تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه ی آینده.
دوم	مرور تکلف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی آینده.
سوم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی بعد.
چهارم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی: آموزشی الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه ی فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه ی فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
هفتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
هشتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه ی بعد.
نهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه حد اقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه ی بعد.
دهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ تمرین: بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته ی آینده.
یازدهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود ه خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود ه خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
دوازدهم	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

تعیین حدودی که پرسشنامه می‌تواند در بین آنها تمایز ایجاد کند.

جهت تحلیل داده‌های تحقیق از تحلیل واریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید و جهت تعیین اندازه اثر ضریب اتا محاسبه گردید و نیز جهت آشکار سازی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد آزمون‌های فوق با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی جمعیت شناختی تحقیق نشان داد که از میان معناتان شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۲ نفر (۲۶/۷۰ درصد) ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۰ نفر (۴۴/۴۰ درصد) ۲۵ تا ۳۰ سال و ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) ۳۰ تا ۳۵ سال سن دارند. از میان معناتان شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) از تحصیلات متوسطه اول، ۱۷ نفر (۳۷/۸۰ درصد) از تحصیلات متوسطه دوم، ۷ نفر (۱۵/۶۰ درصد) از تحصیلات کاردانی و ۸ نفر (۱۷/۸۰ درصد) از تحصیلات در سطح کارشناسی برخوردارند. همچنین ۱۱ نفر (۲۴/۴۰ درصد) ۲ بار سابقه عود، ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) ۳ بار سابقه عود، ۱۲ نفر (۲۶/۷۰ درصد) ۴ بار سابقه عود و ۹ نفر (۲۰ درصد) ۵ بار سابقه عود دارند (جدول ۳).

نتایج جدول ۴ حاکی از این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای رفتارهای سازگارانه تفاوت معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. که میزان این تفاوت با توجه به مقدار لامبدای ویلکز در مرحله پس‌آزمون ۴۶ درصد می‌باشد، یعنی ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز با توجه به مقدار لامبدای ویلکز میزان این تفاوت ۴۸ درصد می‌باشد. یعنی ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد.

نتایج جدول ۵ حاکی از این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای رفتارهای سازگارانه و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری

می‌کنند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. قبل از آغاز جلسات درمان، پژوهشگر درباره ماهیت و اهداف تشکیل جلسات برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی را ارائه شد و به سوالات مطرح شده از سوی آزمودنی‌ها نیز پاسخ داده شد. به شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز تعهد داده شد، پس از پایان جلسات درمان گروه آزمایش، برای آنها نیز جلسات درمانی برگزار شود. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه در پژوهش مطرح گردید و تمامی آزمودنی‌ها اعلام نمودند که با رضایت کامل در فرایند پژوهش حضور خواهند داشت. پس از تکمیل مقیاس رفتار سازگارانه توسط دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، جلسات درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به شیوه گروهی برای معناتان گروه آزمایش اجرا گردید، اما معناتان گروه کنترل تا پایان درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند (جدول‌های ۱ و ۲).

ابزار گردآوری داده‌های تحقیق پرسشنامه سازگاری بل بود. این پرسشنامه توسط بل (۱۹۶۱) ساخته شد که سازگاری را در پنج زیرمقیاس خانوادگی، سلامتی (بدنی)، هیجانی (عاطفی)، شغلی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. نمره بالا در هر یک از زیرمقیاس‌ها به معنای سازگاری بیشتر است ضرایب اعتبار این مقیاس برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نورو تیک و همبستگی آزمون‌های شخصیت آیزنگ نشان داده است. روایی این پرسشنامه ابتدا از طریق انتخاب هریک از بخش‌ها در محدوده‌ای که اختلاف آنها بین ۰/۵۰ بالایی و پایینی در توزیع نمرات بزرگ سالان مشهود بوده، به دست آمده است. از جهت دیگر با تلاش متخصصین مشاوره با بزرگ سالان، با توجه به انتخاب گروه‌هایی از افراد به دست آمده است که در محدوده بسیار خوب و ضعیف سازگاری داشته‌اند و همچنین

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد رفتار سازگاران به همراه مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	گروه	میانگین			انحراف استاندارد		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
رفتار سازگاران	گواه	۳۳/۰۶	۳۲/۸۶	۳۳/۴۰	۶/۹۴	۶/۶۲	۶/۸۰
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۳۲/۷۳	۳۰/۶۶	۳۱	۶/۸۲	۶/۴۶	۶/۵۹
خانوادگی	گواه	۳۲/۶۰	۳۲	۳۲/۴۶	۶/۹۰	۷/۱۶	۷/۰۱
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۸	۸/۲۰	۷/۷۳	۲	۲/۱۱	۱/۷۹
سلامتی (بدنی)	گواه	۷/۷۳	۶/۲۶	۶/۴۰	۱/۷۹	۱/۵۳	۱/۶۳
	آزمایشی طرحواره درمانی	۷/۸۶	۷	۷/۲۰	۱/۸۰	۱/۵۵	۱/۷۴
هیجانی (عاطفی)	گواه	۶/۶۰	۶/۸۰	۶/۸۶	۱/۷۲	۱/۸۹	۱/۸۴
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۷/۰۶	۵/۹۳	۶/۲۰	۱/۷۰	۱/۴۳	۱/۶۱
شغلی	گواه	۶/۸۰	۶/۴۰	۶/۶۰	۱/۶۱	۱/۳۵	۱/۳۵
	آزمایشی طرحواره درمانی	۹	۸/۸۰	۹/۲۰	۲/۰۷	۱/۸۵	۲/۰۷
اجتماعی	گواه	۹/۱۳	۷/۶۶	۸	۲/۱۳	۱/۸۷	۱/۶۹
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۸/۸۰	۸/۰۶	۸/۳۳	۱/۸۵	۱/۹۸	۱/۷۹
	گواه	۹/۶۶	۹/۸۶	۹/۹۳	۲/۲۲	۲/۱۹	۲/۳۷
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۹/۴۶	۷/۹۳	۸/۲۰	۲/۱۳	۱/۹۴	۲/۰۴
	گواه	۹/۸۶	۸/۳۳	۸/۶۶	۲/۲۹	۱/۹۸	۲/۰۵
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۰/۷۳	۱۱	۱۰/۵۳	۲/۳۷	۲/۱۷	۲/۱۶
	گواه	۱۰/۷۳	۹/۴۰	۹/۷۳	۲/۲۵	۲/۳۸	۲/۵۷
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۰/۹۳	۹/۵۳	۹/۸۰	۲/۲۸	۲/۳۵	۲/۲۷

سازگاران در مرحله پس‌آزمون ۲۵ درصد، در مؤلفه خانوادگی ۵۲ درصد، در مؤلفه سلامتی (بدنی) ۱۶ درصد، در مؤلفه هیجانی (عاطفی) ۰/۳۱، در مؤلفه شغلی ۰/۶۸ و در مؤلفه اجتماعی ۲۲ درصد است. همچنین براساس نتایج جدول ۶ با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون تفاوت بین میانگین نمره‌های پیگیری در متغیر رفتارهای سازگاران و برخی از مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه معنی‌دار است. به عبارت دیگر نتایج بیان‌گر این است که تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پیگیری در نمره رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های خانوادگی، هیجانی و شغلی به تفکیک گروه معنی‌دار بوده است. میزان این تأثیر در بهبود رفتارهای سازگاران در مرحله پیگیری ۳۰ درصد، در مؤلفه خانوادگی ۳۱ درصد، در مؤلفه هیجانی (عاطفی) ۰/۳۳ و در مؤلفه شغلی ۰/۳۸ درصد است اما با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون تفاوت بین میانگین نمره‌های پیگیری در مؤلفه‌های سلامتی (بدنی) و اجتماعی معنی‌دار نیست.

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. که میزان این تفاوت با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ۷۲ درصد می‌باشد، یعنی ۷۲ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. در ادامه به منظور بررسی اینکه بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ کدامیک از متغیرهای رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در پس‌آزمون و پیگیری متغیر رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های آن به تفکیک در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس نتایج جدول ۶، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون در متغیر رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه معنی‌دار است. به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در نمره رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها معنی‌دار بوده است. میزان این تأثیر در بهبود رفتارهای

جدول ۴- تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در متغیرهای وابسته

مراحل پژوهش	شاخص	مقدار	F	df فرضیه‌ها	df خطا	p	Eta
پس‌آزمون	اثر پیلائی	۰/۹۲	۱۰/۸۴	۶	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸	۱۰/۷۹	۶	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	اثر هنتلینگ	۱/۷۸	۱۰/۷۳	۶	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷
پیگیری	بزرگترین ریشه روی	۱/۱۶	۱۴/۷۲	۳	۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	اثر پیلائی	۰/۹۵	۷۹/۵۹	۶	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۷۷/۵۴	۶	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	اثر هنتلینگ	۲/۰۰۲	۷۶/۳۵	۶	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۴۱	۸۰/۴۸	۳	۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در متغیر رفتار سازگاران و مؤلفه‌های آن

مراحل پژوهش	شاخص	مقدار	F	df فرضیه‌ها	df خطا	p	Eta
پس‌آزمون	اثر پیلائی	۱/۲۹	۳/۹۵	۲۴	۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۵/۴۳	۲۴	۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	اثر هنتلینگ	۷/۲۱	۷/۲۱	۲۴	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	بزرگترین ریشه روی	۶/۴۷	۱۴/۰۲	۱۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶

جدول ۶- تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در متغیر رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های آن

مراحل پژوهش	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	Eta
پس‌آزمون	سازگاری	۲۷/۱۶	۲	۱۳/۵۸	۶/۱۵	۰/۰۰۵	۰/۲۵
	خانوادگی	۲۳/۳۴	۲	۱۱/۶۷	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	سلامتی	۹/۴۴	۲	۴/۷۲	۳/۵۸	۰/۰۳۸	۰/۱۶
	هیجانی	۸/۶۱	۲	۴/۳۰	۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	شغلی	۲۹/۶۳	۲	۱۴/۸۱	۳۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	اجتماعی	۲۱/۷۷	۲	۱۰/۸۸	۵/۲۰	۰/۰۱۰	۰/۲۲
	سازگاری	۳۵/۸۲	۲	۱۷/۹۱	۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰
پیگیری	خانوادگی	۹/۴۰	۲	۴/۷۰	۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	سلامتی	۶/۴۱	۲	۳/۲۰	۲/۲۸	۰/۱۱۶	۰/۱۱
	هیجانی	۱۰/۵۸	۲	۵/۲۹	۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	شغلی	۲۲/۳۵	۲	۱۱/۱۷	۱۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	اجتماعی	۵/۷۶	۲	۲/۸۸	۱/۴۱	۰/۲۵۶	۰/۰۷

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌دار در متغیر رفتارهای سازگاران ایجاد کرده است که این تفاوت با افزایش ۱/۷۹ نمره در پس‌آزمون و ۲/۰۵ نمره‌ای در مرحله پیگیری مشخص است اما طرحواره درمانی نه در پس‌آزمون و نه در پیگیری تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه گواه ایجاد

در ادامه به منظور پی بردن به میزان دقیق تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر رفتارهای سازگاران و مؤلفه‌های در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفیری بر روی میانگین‌های تعدیل شده انجام شد که نتایج آن در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون بونفیری بر روی میانگین‌های تعدیل شده به تفکیک گروه‌ها

مراحل پژوهش	متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری (p)
	رفتار سازگاران	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۷۹	۰/۰۰۸
			طرحواره درمانی	۰/۲۲	۰/۹۹۹
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۷۹	۰/۰۰۸
			طرحواره درمانی	-۱/۵۷	۰/۰۲۴
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۲۲	۰/۹۹۹
			درمان شناختی-رفتاری	۱/۵۷	۰/۰۲۴
	خانوادگی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۷۷	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۷۷	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	-۰/۶۵	۰/۰۸۷
پس‌آزمون	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۱/۱۲	۰/۰۰۱
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۶۵	۰/۰۸۷
	سلامتی (بدنی)	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۱۴	۰/۰۳۴
			طرحواره درمانی	۰/۴۶	۰/۸۳۷
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۱۴	۰/۰۳۴
			طرحواره درمانی	-۰/۶۷	۰/۳۷۸
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۴۶	۰/۸۳۷
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۶۷	۰/۳۷۸
	هیجانی (عاطفی)	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۰۸	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۰/۶۵	۰/۰۶۲
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۰۸	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	-۰/۴۳	۰/۳۷۸
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۶۵	۰/۰۶۲
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۴۳	۰/۳۷۸
	شغلی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۶۸	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۱/۷۹	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۶۸	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	-۰/۱۰	۰/۹۹۹
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۱/۷۹	۰/۰۰۱
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۱۰	۰/۹۹۹
	اجتماعی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۳۷	۰/۰۴۵
			طرحواره درمانی	۱/۵۸	۰/۰۱۶
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۳۷	۰/۰۴۵
			طرحواره درمانی	۰/۲۰	۰/۹۹۹
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۱/۵۸	۰/۰۱۶
			درمان شناختی-رفتاری	-۰/۲۰	۰/۹۹۹

ایجاد کرده‌اند که این تفاوت با افزایش ۱/۷۷ نمره‌ای در مؤلفه خانوادگی رفتارهای سازگاران در اثر به کارگیری درمان شناختی رفتاری و افزایش ۱/۱۲ نمره‌ای این مؤلفه در اثر استفاده از طرحواره درمانی نمایان است، اما دو درمان از لحاظ تأثیرگذاری بر این مؤلفه رفتارهای سازگاران با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند، در مرحله پیگیری مؤلفه خانوادگی رفتارهای سازگاران نیز

نکرده است. به عبارت بهتر اثربخشی بیش‌تر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در متغیر رفتارهای سازگاران در مرحله پس‌آزمون با افزایش ۱/۵۷ نمره‌ای و در مرحله پیگیری با افزایش ۱/۸۱ مشخص است. در مؤلفه خانوادگی رفتارهای سازگاران در مرحله پس‌آزمون هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری

جدول ۷- ادامه

مراحل پژوهش	متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری (P)
	رفتارهای سازگارانه	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۲/۰۵	۰/۰۰۲
			طرحواره درمانی	۰/۲۴	۰/۹۹۹
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۲/۰۵	۰/۰۰۲
			طرحواره درمانی	-۱/۸۱	۰/۰۰۸
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۳۴	۰/۹۹۹
			درمان شناختی-رفتاری	۱/۸۱	۰/۰۰۸
	خانوادگی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۱۳	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۰/۴۱	۰/۴۴۵
پیگیری	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۱۳	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	-۰/۷۱	۰/۰۵۱
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۴۱	۰/۴۴۵
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۷۱	۰/۰۵۱
	سلامتی(بدنی)	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۰/۹۳	۰/۱۲۱
			طرحواره درمانی	۰/۳۶	۰/۹۹۹
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۰/۹۳	۰/۱۲۱
			طرحواره درمانی	-۰/۵۷	۰/۶۱۱
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۳۶	۰/۹۹۹
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۵۷	۰/۶۱۱
	هیجانی (عاطفی)	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۱۷	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۰/۸۴	۰/۰۱۴
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۱۷	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	-۰/۳۳	۰/۷۶۰
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۸۴	۰/۰۱۴
			درمان شناختی-رفتاری	۰/۳۳	۰/۷۶۰
	شغلی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۱/۵۱	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۱/۵۱	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۱/۵۱	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۱/۵۱	۰/۰۰۱
			درمان شناختی-رفتاری	-۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	اجتماعی	گواه	درمان شناختی-رفتاری	۰/۶۵	۰/۶۷۲
			طرحواره درمانی	۰/۸۴	۰/۳۵۶
	درمان شناختی-رفتاری	گواه	گواه	-۰/۶۵	۰/۶۷۲
			طرحواره درمانی	۰/۱۸	۰/۹۹۹
	طرحواره درمانی	گواه	گواه	-۰/۸۴	۰/۳۶۵
			درمان شناختی-رفتاری	-۰/۱۸	۰/۹۹۹

۱/۱۴ نمره‌ای در مؤلفه سلامتی (بدنی) رفتارهای سازگارانه در اثر به کارگیری درمان شناختی رفتاری مشخص است. در مرحله پیگیری هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد نکرده‌اند. در مؤلفه هیجانی (عاطفی) رفتارهای سازگارانه در مرحله پس‌آزمون صرفاً درمان

صرفاً درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری نسبت به گروه گواه ایجاد کرده است که این تفاوت با افزایش ۱/۱۳ نمره‌ای در این مؤلفه نمایان است. در مرحله پس‌آزمون در مؤلفه سلامتی (بدنی) رفتارهای سازگارانه صرفاً درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری نسبت به گروه گواه ایجاد کرده است که این تفاوت با افزایش

است که بین دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نه در مرحله پس‌آزمون و نه در مرحله پیگیری از لحاظ تأثیر گذاری بر مؤلفه اجتماعی رفتار های سازگاران تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بهبود رفتار سازگاران در معنادان انجام شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌دار در متغیر رفتارهای سازگاران ایجاد کرده است که این تفاوت با افزایش ۱/۷۹ نمره در پس‌آزمون و ۲/۰۵ نمره‌ای در مرحله پیگیری مشخص است اما طرحواره درمانی نه در پس‌آزمون و نه در پیگیری تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه گواه ایجاد نکرده است. به عبارت بهتر اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در متغیر رفتارهای سازگاران در مرحله پس‌آزمون با افزایش ۱/۵۷ نمره‌ای و در مرحله پیگیری با افزایش ۱/۸۱ مشخص است. نتایج نشان داد که درمان به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید بر رفتار سازگاران در افراد با سوء مصرف مواد، موثر واقع شود. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات استفان (Stefan) و همکاران (۲۰۱۹) (۸) و پاسکینی (Pasquini) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۷) هماهنگ بوده و تایید شد. پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان به شیوه شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی، سازگاری و اضطراب هستند. در سال‌های گذشته، اقدامات فراوانی برای درمان بیماری اعتیاد صورت گرفته؛ ولی متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های فراوان، آمار لغزش و رها کردن درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان، زیاد است. وجود ترک‌های ناموفق و عود مکرر در افراد وابسته به مواد، بیانگر درمان ناقص و تک بعدی در این افراد است. اکتفا به ترک وابستگی جسمانی و توجه نکردن به عوامل فردی، روانی، شخصیتی و محیطی می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند؛ به این صورت که عوامل شخصیتی و ضعف‌های فردی به صورت

شناختی رفتاری تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه گواه ایجاد کرده است که این تفاوت با افزایش ۱/۰۸ نمره‌ای در مؤلفه هیجانی (عاطفی) رفتارهای سازگاران در اثر به کارگیری درمان شناختی رفتاری مشخص است، اما در مرحله پیگیری هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده‌اند که این تفاوت در درمان شناختی رفتاری با افزایش ۱/۱۷ نمره‌ای و در طرحواره درمانی با افزایش ۰/۸۴ خود را نشان می‌دهد، همچنین از لحاظ تأثیر گذاری بر این مؤلفه بین درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نه در مرحله پس‌آزمون و نه در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مؤلفه‌ی شغلی رفتارهای سازگاران هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده‌اند که این تفاوت در مرحله پس‌آزمون در اثر به کارگیری درمان شناختی رفتاری با افزایش ۱/۶۸ نمره‌ای در این مؤلفه و در نتیجه استفاده از طرحواره درمانی با افزایش ۱/۷۹ نمره‌ای مؤلفه شغلی رفتارهای سازگاران خود را نشان می‌دهد، همچنین در مرحله پیگیری تفاوت ایجاد شده در اثر بکارگیری هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه افزایش ۱/۵۱ نمره‌ای در نمره‌های این مؤلفه از رفتارهای سازگاران می‌باشد، علاوه بر این، لازم به ذکر است که نه در مرحله پس‌آزمون و نه در مرحله پیگیری از لحاظ تأثیرگذاری بر مؤلفه شغلی رفتارهای سازگاران بین دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مؤلفه اجتماعی رفتارهای سازگاران در مرحله پس‌آزمون هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده‌اند که این تفاوت با افزایش ۱/۳۷ نمره‌ای در مؤلفه اجتماعی رفتارهای سازگاران در اثر به کارگیری در مان شناختی رفتاری و افزایش ۱/۵۸ نمره‌ای این مؤلفه در اثر استفاده از طرحواره درمانی نمایان است. در مرحله پیگیری هیچ کدام از دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه گواه ایجاد نکردند. در نهایت شایان ذکر

هیجان‌ها به عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (۱۴). به عبارت دیگر، چون هیجان‌ها نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند، آموزش روش‌هایی به افراد که مواد مخدر به ویژه محرک‌ها را استفاده می‌کنند در جهت تنظیم رفتارهای سازگارانه به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ها، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است (۱۱). این امر می‌تواند باعث مراقبه موثر بر موقعیت‌های و سو سه‌آمیز و استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی و بهبود رفتارهای سازگارانه را به همراه دارد.

از طرفی اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی را مرتبط با این تبیین دانست که افراد وابسته به مواد در مواجهه با استرس به دنبال جلوگیری و تسکین فوری هیجان‌ها منفی خود هستند و از شیوه‌های هیجان‌مدار بیش از شیوه‌های مسئله‌مدار استفاده می‌کنند (۸). در درمان شناختی رفتاری، ارتباط بین هیجان، افکار و رفتار به افراد آموزش داده می‌شود به طوری که افراد می‌آموزند که در مواجهه با استرس، افکار خودآیند منفی موجب هیجان‌ها و رفتار منفی می‌گردد. بنابراین با بازسازی شناختی و جایگزینی افکار افراد می‌توانند هیجان‌ها و رفتار خود را بهبود بخشند (۸). شیوه‌های مدیریت خشم و تمرین آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی موجب کنترل بیشتر افراد بر هیجان‌ها می‌شود و تمرکز افراد برای به کارگیری شیوه‌هایی که مستلزم فرایندهای شناختی است را افزایش می‌دهد. همچنین اثربخشی درمان به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش سازگاری سوءمصرف‌کنندگان را می‌توان چنین تبیین کرد که ارائه راهکارهای لازم برای دریافت حمایت اجتماعی از طریق بیان احساسات و افکار به دیگران و همچنین ارائه شیوه‌های مناسب ابراز وجود موجب افزایش روابط میان فردی و سازگاری اجتماعی این افراد می‌گردد (۱۶). همچنین مصرف‌کنندگان مواد در موقعیت‌های مختلف زندگی چه در حالت‌های شادی و چه غم نمی‌توانند از هیجان‌ها خویش به صورت مفید استفاده نمایند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از

لاینحل باقی مانده است و مشکلات زمان وابستگی به مواد مانند فرار از مردم، طرد از اجتماع و نارسایی‌های فردی نیز به آن اضافه می‌شود و باعث انزوای فرد تحت درمان می‌شود و چه بسا این احساس باعث می‌شود که شخص دوباره به مصرف مواد روی می‌آورد (۱۵). در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارشات مختلف اثربخشی درمان شناختی رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان‌های غیر اختصاصی و نیز اثر بخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارائه شده است (۷). مداخلات شناختی رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده‌ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته‌اند. اثربخشی درمان به شیوه شناختی- رفتاری بر رفتار سازگارانه را می‌توان چنین تبیین کرد که در واقع هیجان‌ها و خلق و خوی فردی از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند (۱۸). اکثر افراد سوء مصرف‌کننده مواد محرک نظام فکری منفی در باره خود، تجربه جاری و آینده دارند. موانع منفی را به صورت موانع غیرقابل گذر تعبیر می‌کنند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره تجربه فرد وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن در باره آنچه برای او رخ داده، گرایش دارد. می‌توان گفت که احتمالاً کمبود تجربه، احساس تنهایی و اندوه، احساس خصومت و عدم توانایی در برقراری ارتباط، فقدان امکانات لازم برای کسب هیجان‌ها مثبت فرد را به سوی مصرف مواد سوق می‌دهد. تاثیرات تحریک‌کننده مواد محرک باعث افزایش خلق و خوی کاذب و یک نوع سرخوشی گذرا در فرد شده و انگیزه‌ای برای مصرف مواد محرک و پاسخ مغزی مثبت نسبت به مواد و سرانجام به اعتیاد می‌شود. تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش‌های روان‌شناختی مانند درمان شناختی- رفتاری می‌تواند نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد. زیرا

ارزشیابی منطق تفکرات فرد پرداخت و آن‌ها را اصلاح کرد و از این طریق مشکلات بین فردی آنان کاهش می‌یابد. در تبیینی دیگر باید گفت در درمان شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌شود تا با اضطراب و نگرانی خود مقابله موثری داشته باشند. هم‌چنین در درمان شناختی- رفتاری از انواع تکنیک‌ها استفاده می‌شود. تکنیک آرام‌سازی عضلانی به افراد کمک می‌نماید تا جنبه فیزیولوژیکی مشکلات روان شناختی را شناسایی کرده و آن را کاهش دهد (۱۳). بنابراین در جلسات درمانی درمان شناختی- رفتاری، افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد هیجانات منفی خود در زمینه‌های ارتباطی و اجتماعی را شناسایی کرده و به جای اجتناب نمودن از افراد، با آن‌ها مواجه می‌شوند. علاوه بر این، تکنیک‌های شناختی و حل مسئله نیز به افزایش خودآگاهی کمک کرده و باعث کاهش اجتناب در افراد می‌شود که این عوامل با کمک به افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد به شناخت صحیح و راه‌های مقابله با هیجانات منفی در بستر اجتماعی و ارتباطی می‌توانند باعث کاهش مشکلات بین فردی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد شود.

در این پژوهش کارایی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره‌درمانی بر بهبود رفتار سازگاران در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که رفتار سازگاران در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر میزان پس از جلسات درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی به طور معناداری بهبود پیدا کرده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی بر بهبود رفتار سازگاران در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر فراهم کند.

محدودیت‌ها: پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام آن در نمونه کوچک اشاره نمود که قابلیت تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه را ندارد. نداشتن پیگیری بلندمدت به علت محدودیت زمان و روش خود گزارش‌دهی ابزار از دیگر محدودیت‌های پژوهش

خویش، نگرانی نسبت به موقعیت اجتماعی، اضطراب و عملکردهای اجتماعی و خانوادگی نامناسب در آنان می‌شود که خود دلیلی بر گرایش مواد در آنان برای کاستن از این فشارهای عصبی می‌شود. در مقایسه اثربخشی پایین طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود رفتار سازگاران افراد با سوء مصرف مواد می‌توان اینگونه تبیین کرد که طرحواره‌ها، نقش عمده‌ای در شیوه‌ی تفکر، عواطف، رفتار و نحوه برقراری رابطه با دیگران ایفا می‌کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند برخی روابط اجتماعی را به گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر و متناقض، به سمت وقایعی سوق دهند که پیامد آن سازگاری اجتماعی پرتنش و توانکاه باشد (۱۱). تکنیک‌های تجربی با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که در بهبود رفتار سازگاران در افراد با سوء مصرف مواد، تأکید تکنیک‌های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها در افراد با سوء مصرف مواد نتوانسته کمک کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازماندهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و با یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. در واقع تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی نتوانسته باعث شود فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار نشده و از شناخت عقلانی به سمت تجربه‌کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. از طرف دیگر نقش مهم طرحواره‌درمانی در بهبود رفتار سازگاران در افراد با سوء مصرف مواد، بازآفرینی نقش والدین مناسب، برای هر فرد با توجه به نوع نیاز مغفول مانده در آن خاطره. معمولاً افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، نیاز بیشتری به درک شدن، همدلی و محبت دارند (۴). براین اساس می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی- رفتاری به باز

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.TON.REC.1401.035 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

مصطفی حیدری نگارش مقاله و اصغر نوروزی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و سمانه سلامیان داده‌ها را تجزیه، تحلیل و تفسیر کرد.

References

1. Raglan GB, Swanson LM, Arnedt JT. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Patients with Medical and Psychiatric Comorbidities. *Sleep Med Clin.* 2019;14(2):167-175.
2. Trenoska Basile V, Newton-John T, Wootton BM. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2022;78(12):2381-2395.
3. Oettingen J, Rajtar-Zembaty A. Prospect of using schema therapy in working with sex offenders. *Psychiatr Pol.* 2022;56(6):1253-1267.
4. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cogn Behav Ther.* 2023;52(3):213-231.
5. He D, Guo Z, McClure MA, Mu Q, Jiang B. Cognitive-behavioral therapy for insomnia with objective short sleep duration phenotype: A systematic review with meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2023;67:101736.
6. Pegg S, Hill K, Argiros A, Olatunji BO, Kujawa A. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth: Efficacy, Moderators, and New Advances in Predicting Outcomes. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(12):853-859.
7. Dewald-Kaufmann J, de Bruin E, Michael G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) in School-Aged Children and Adolescents. *Sleep Med Clin.* 2019;14(2):155-165.
8. Stefan S, Cristea IA, Szentagotai Tatar A, David D. Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *J Clin Psychol.* 2019;75(7):1188-1202.
9. Lee SH, Cho SJ. Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for

می‌باشد. نبود امکان کنترل برخی متغیرهای مزاحم، محدودیت در استفاده از یک ابزار واحد، محدود بودن جامعه آماری و نمونه پژوهشی به شهر تهران و کوتاه بودن دوره درمان، از محدودیت‌های تحقیق بوده است.

پید شهادت: پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی حجم نمونه بزرگتری انجام گیرد تا فرضیات با قوت بیشتری تایید یا رد شوند. از آنجایی که این درمان‌ها در افراد با سوء مصرف مواد در شهر تهران انجام گرفت، توصیه می‌گردد در کار با افراد با سوء مصرف مواد در مناطق مختلف نیز به کار گرفته شود. توصیه می‌شود این پژوهش بر افراد با سوء مصرف مواد که دچار اختلال سایکوتیک و همچنین معتادانی که دچار اختلالات شخصیت هستند، نیز برای تعیین میزان اثربخشی صورت گیرد. توصیه می‌شود روان شناسان و مشاوران شاغل در مراکز درمان سوءمصرف مواد، از درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی برای بهبود رفتار سازگاران استفاده کنند و سعی شود تکنیک‌های درمانی خود را در قالب گروه، اجرا و پیاده‌سازی کنند. روان شناسان در طول هفته جلساتی در موضوع‌های مختلف اعتیاد و کاربرد روش‌های درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی برگزار نمایند تا بیماران در موقعیت‌های خطر آفرین بتوانند از راهنمایی‌های روان شناسان -همانند آنچه که در NA (انجمن معتادان گمنام) اتفاق می‌افتد- برخوردار باشند.

نتیجه‌گیری

از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود.

Depressive Disorders. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1305:295-310.

10. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:291-329.

11. Carson AJ, McWhirter L. Cognitive Behavioral Therapy: Principles, Science, and Patient Selection in Neurology. *Semin Neurol.* 2022;42(2):114-122.

12. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. *Arch Dis Child.* 2022;107(2):109-113.

13. Martin S. Using values in cognitive and behavioral therapy: A bridge back to philosophy. *J Eval Clin Pract.* 2023;29(7):1189-1195.

14. Saulnier CA, Klaiman C, McQueen E. Adaptive Behavior Profiles in Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(12):749-756.

15. Harrison SJ, Stergiou N. Complex Adaptive Behavior and Dexterous Action. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci.* 2015;19(4):345-94.

16. Hammond L, Joly V, Kapasi A, Kryska K, Andrew G, Oberlander TF, et al. Adaptive behavior, sleep, and physical activity in adolescents with fetal alcohol spectrum disorder. *Res Dev Disabil.* 2022;131:104366.

17. Pasquini M, Maraone A. Schema Therapy and Obsessive-Compulsive Disorder. *Alpha Psychiatry.* 2022;23(4):164-165.

18. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwens MA. Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behav Cogn Psychother.* 2020;48(4):481-491.