



مقایسه اثربخشی رویکرد درمان شناختی رفتاری و اسکیمای تریابی بر سبک‌های مقابله‌ای 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

زمینه و هدف: 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. اختلالات روان‌پزشکی 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. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در افراد با سوء مصرف مواد مخدر انجام شد.

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 روان‌درمانی شناختی-رفتاری (مایکل فری، ۲۰۰۵) و ۱۵ جلسه طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳) اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فلکمن (۱۹۸۰) بهره برده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی و درمان شناختی/رفتاری بر کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ماندگار و پایدار بوده است. همچنین با توجه نتایج تفاوت میانگین گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه مداخله شناختی و رفتاری با گروه کنترل بود که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله شناختی-رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای دارد.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری کلی این است که طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز عمیق‌تر بر ریشه‌های شناختی و هیجانی مشکلات افراد، تأثیر بیشتری بر اصلاح سبک‌های مقابله‌ای دارد. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای، به‌ویژه برای افرادی که نیازمند تغییرات بنیادین در ساختارهای فکری و هیجانی خود هستند، اثربخش‌تر است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شيوه استناد به این مقاله:

Salamian S, Heydari M, Noruzi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Coping Styles in Individuals with Substance Use Disorder. 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.

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،

اسکیمای تریابی،

سبک‌های مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۵/۰۸



Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Coping Styles in Individuals with Substance Use Disorder

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

Mostafa Heydari: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, 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, substance abuse has become one of the most important health-related issues, associated with a decrease in quality of life, an increase in mortality rates, a decline in social and moral values, and an increase in criminal behaviors. Psychiatric disorders, along with substance abuse, have destructive effects on physical, psychological, social, and familial health, as well as on social relationships, and the consequences of this illness incur significant costs for governments. Coping styles, as strategies individuals use to manage stress and life challenges, play an important role in mental health and individual adaptation. The emotion-focused coping style, which centers on managing feelings, may provide short-term relief, but in the long run, it can lead to more problems. In contrast, the problem-focused coping style, which is focused on identifying and effectively solving problems, leads to better psychological and social adaptation. In this context, therapeutic approaches such as schema therapy and cognitive-behavioral therapy are recognized as effective tools for changing these coping styles. A comparative study of these two therapeutic methods and their impact on changing coping styles helps to deepen the understanding and select the most suitable approach for improving individuals' mental health. This research aims to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy in improving coping styles in individuals with substance abuse.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. This study is applied research, and the research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The population of the present study consisted of all individuals who were addicted to substance abuse and sought treatment for their addiction by visiting public addiction treatment centers in District 5 of Tehran from December to February 2022. After determining the sample and the selected treatment center, participants who met the necessary criteria for the study were identified through an initial interview and by reviewing their general characteristics. Then, based on random sampling from the accessible population, three separate groups of 15 participants each were formed. The participants were assigned to two experimental groups and one control group. All participants completed all research tools at two points (before and after treatment). The schema therapy sessions aimed to align with Young's therapeutic model and follow the same sequence using cognitive strategies, experiential techniques, and behavioral pattern disruption. The intervention consisted of 15 sessions of schema therapy for the experimental group, while the control group did not receive any intervention. The sessions were held for two hours once a week. Additionally, the experimental group received 12 sessions of

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy,
Schema Therapy,
Coping Styles

Received: 02/03/2024

Published: 29/07/2024

group cognitive-behavioral therapy based on Michael Frey's (2005) guidelines, while the control group did not receive any intervention. Before the treatment sessions began, the researcher provided explanations to the participants regarding the nature and objectives of the sessions and answered any questions raised by the participants. To collect data, the Lazarus and Folkman (1983) Coping Styles Questionnaire was used. Data analysis was performed using SPSS software and multivariate analysis of covariance tests.

Results: Based on the results, both schema therapy and cognitive-behavioral therapy have had an impact on reducing emotion-focused coping and increasing problem-focused coping at the post-test stage, with their therapeutic effects being lasting and stable at the follow-up stage. Additionally, the mean difference between the schema therapy group and the control group was greater than the mean difference between the cognitive-behavioral intervention group and the control group, indicating that schema therapy has a greater effectiveness on coping styles compared to cognitive-behavioral therapy.

Conclusion: The results of this study indicate that both schema therapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) have a positive effect on changing individuals' coping styles. This finding suggests that both methods can help reduce emotion-focused coping and increase problem-focused coping at the post-test stage, with these therapeutic changes being durable and stable at the follow-up stage. However, the superiority of schema therapy over CBT is evident based on the differences in mean scores between the intervention groups and the control group. These results indicate that schema therapy, due to its deeper focus on the cognitive and emotional roots of individuals' problems, has a greater impact on modifying coping styles. Therefore, it can be concluded that schema therapy is more effective than CBT in improving coping styles, particularly for individuals who need fundamental changes in their cognitive and emotional structures. Ultimately, these findings emphasize that the choice of therapeutic approach should be tailored to the individual's needs and characteristics, and schema therapy can be recommended as an effective intervention when deeper changes in individuals' coping styles are necessary. One reason for the greater effectiveness of schema therapy is that it specifically focuses on identifying and modifying maladaptive early maladaptive schemas. These schemas are deep, recurring patterns formed in childhood due to negative experiences, and they often underlie ineffective coping styles. Schema therapy helps individuals identify and modify these deep-rooted schemas, resulting in deeper and more lasting changes in coping styles. Additionally, schema therapy focuses on the primary emotions associated with maladaptive schemas, and by using techniques such as imagery and emotional exposure, it allows individuals to reconstruct their past experiences and establish a more effective connection with their emotions. This is particularly important in the case of emotion-focused coping, which is heavily influenced by negative emotions, and it can play a significant role in reducing dependence on this coping style while strengthening problem-focused coping.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Salamian S, Heydari M, Noruzi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Coping Styles in Individuals with Substance Use Disorder. *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 روان‌پزشکی همراه با سوء مصرف مواد مخدر، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، 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 روان‌پزشکی در میان افراد با سوء مصرف مواد است (۳). سوء مصرف مواد یکی از مشکلات اساسی و چندبعدی است که هم جنبه‌های فردی و هم اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پدیده تنها به آسیب‌های جسمی و روانی در فرد محدود نمی‌شود، بلکه خانواده‌ها و جوامع نیز از پیامدهای آن متأثر می‌شوند. این پیامدها شامل افزایش تنش‌های خانوادگی، مشکلات اقتصادی، کاهش کیفیت روابط اجتماعی و حتی افزایش جرم و جنایت در سطح جامعه است (۴).

سوء مصرف مواد معمولاً با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد همراه است که نقش مهمی در شکل‌گیری و تثبیت این مشکل ایفا می‌کنند. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب در مقابله با چالش‌های زندگی روزمره و شرایط پر استرس دچار ضعف هستند. آن‌ها برای مدیریت هیجانات منفی یا استرس‌های ناشی از مشکلات، به رفتارهایی روی می‌آورند که به جای حل مسئله، صرفاً به تأخیر یا تشدید آن منجر می‌شود (۵). از جمله این سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌توان به اجتناب از مواجهه با مشکل، انکار واقعیت‌های ناخوشایند و سرکوب هیجانات اشاره کرد. این رفتارها نه تنها مانع از حل مؤثر مشکلات می‌شوند، بلکه فرد را در یک چرخه معیوب گرفتار می‌کنند؛ چرخه‌ای که بازگشت به مصرف مواد برای رهایی موقت از فشارها را تقویت می‌کند. با گذشت زمان، این چرخه وابستگی عمیق‌تر

شده و روند ترک و درمان را دشوارتر می‌کند (۶). وابستگی به مواد، خود به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین موانع بر سر راه تغییر و اصلاح رفتار، باعث می‌شود که افراد مصرف‌کننده توانایی رویارویی مؤثر با مشکلات و اتخاذ تصمیمات مثبت را از دست بدهند. در چنین شرایطی، هرگونه عامل استرس‌زا یا موقعیت دشوار می‌تواند خطر بازگشت به مصرف مواد را افزایش دهد (۷). بهبود سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا این تغییر می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به جای اجتناب یا انکار، از راهبردهای مؤثرتری برای مدیریت استرس و مشکلات استفاده کنند. این راهبردها شامل حل مسئله، تنظیم هیجانات، و جستجوی حمایت اجتماعی است که می‌توانند تاب‌آوری فرد را در برابر موقعیت‌های پر استرس افزایش دهند (۸).

انتخاب استراتژی مناسب می‌تواند بر روی سازگاری خوب افراد تأثیرگذار 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 درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان‌درمانی فردی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، مراکز اجتماع درمان‌مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (۹). هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول

درمان‌های دارویی اعتیاد مانند درمان‌های غیردارویی از تنوع و تعداد بسیاری برخوردار است و یکی از رایج‌ترین آن‌ها در مان 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 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 اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که

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، جهت بخش، 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 مؤثرند (۱۵). اساس 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 خطرآفرین یا بحرانی، به سوءمصرف مواد پناه ببرد (۱۷).

بالای داروهای ضدسایکوز 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 مشخص شدند و سپس براساس روش نمونه‌گیری 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 سه نوبت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) 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 الگوشکنی 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 دستورالعمل مایکل فری (۲۰۰۵) دریافت می‌کنند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. قبل از آغاز جلسات درمان، پژوهشگر درباره ماهیت و اهداف تشکیل جلسات برای شرکت کنندگان توضیحاتی را ارائه شد و به سوالات مطرح شده از سوی آزمودنی‌ها نیز پاسخ داده شد. به شرکت کنندگان 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 رفتارسازگارانه توسط دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، جلسات درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به شیوه گروهی برای معتادان گروه

می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی جهت توانمندسازی افراد با سوء مصرف مواد مخدر کاملاً مشهود است (۴). هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای معتادان بررسی 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 اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای 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، تدخین و استنشاق، به صورت مداوم مصرف کردند و این علائم سبب مراجعه آنها و استمداد از مراکز درمانی فوق شده است. پس از مصاحبه اولیه با معتادان 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 اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۵ نفر نباشد. 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

آزمایش اجرا گردید، اما معنادان گروه کنترل تا پایان درمان هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند (جدول‌های ۱ و ۲). ابزار گردآوری داده‌های تحقیق پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بود. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای یک آزمون ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس سبب‌های راهبردهای مقابله‌ای (Lazarus) و فلکمن (Folkman) (۱۹۸۰) توسط لازاروس و فلکمن (۱۹۸۵) ساخته شده است و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام

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 تساوی ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته‌اند. کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه
جلسه پنجم	* آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله ای بررسی انواع سبک‌های مقابله ای در چند نفر از اعضای گروه بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله ای
جلسه ششم	* آزمون اعتبار طرحواره‌ها الف. جمع آوری شواهد عینی تاییدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه ب. جمع آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره
جلسه هفتم	* ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها
جلسه هشتم	* 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.
جلسه دهم	* نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت و گوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صدلی خالی
جلسه یازدهم	* تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی
جلسه دوازدهم	* 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
جلسه پانزدهم	آموزش شیوه درست ابراز خشم (این کار هسته اصلی درمان است) * 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

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: افکار 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: آموزش 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 سلسله مراتب؛ تمرین: تهیه حدافل یک سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باورمخالف؛ 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 خودپاداش 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 وارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

شده با سیاهه راهبردهای مقابله‌ای در چندین مورد تفاوت دارد. نخست اینکه نحوه پاسخگویی در نسخه اصلی به صورت بله/خیر است، در نسخه تجدیدنظر شده به هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده می شود (۰ = اصلاً استفاده نکرده‌ام، ۱ = بعضی اوقات استفاده کرده‌ام، ۲ = غالباً استفاده می کنم، ۳ = به میزان زیادی از آن استفاده کرده‌ام) و دوم اینکه عبارات اضافی و نامفهوم حذف یا با عبارات دیگر تعویض شده و بعضی از عبارات مانند عبادت به پرسشنامه اضافه شده‌اند. نمره‌گذاری برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس باید نمره همه عبارات زیر مقیاس موردنظر با هم جمع شود. عبارات مربوط به هر زیر مقیاس: ۱. مقابله مستقیم: ۴۶، ۳۴، ۲۸، ۱۷، ۷، ۶، ۲. فاصله گرفتن: ۴۴، ۴۱، ۲۱، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۳. خودکنترلی: ۶۴، ۶۳، ۵۴، ۴۳، ۳۵، ۱۴، ۱۰، ۴. طلب حمایت اجتماعی: ۴۵، ۴۲، ۳۱، ۲۲، ۱۸، ۸، ۵. پذیرش

مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌برد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می‌شود که به طور شفاهی یا نوشتاری موقعیت فشارزایی را که اخیراً تجربه کرده شرح دهد و سپس با خواندن عبارت پرسشنامه مشخص کند که در موقعیت موردنظر تا چه میزان از هر یک از راهبردهای زیر استفاده کرده است.

در بعضی از موارد نیز خود پژوهشگر موقعیتی خاص مانند درمان پزشکی یا یک آزمون علمی را به عنوان موقعیت فشارزا مشخص می کند. این آزمون دارای ۸ زیر مقیاس: مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسأله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت است. ۱۶ عبارت این آزمون انحرافی هستند و ۵۰ عبارت دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. راهبردهای مقابله‌ای تجدیدنظر

مسئولیت : ۵۱، ۲۹، ۲۵، ۹، ۶. گریز-اجتناب : ۵۹، ۵۸، ۵۰، ۴۷، ۴۰، ۳۳، ۱۶، ۱۱، ۷. حل مسأله برنامه ریزی شده : ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۳۹، ۲۶، ۱۸، ۱۱. ارزیابی مجدد مثبت: ۶۰، ۵۶، ۳۸، ۳۶، ۳۰، ۲۳، ۲۰.

جهت تفسیر نمرات بدست آمده، نمره‌های به دست آمده از هر مؤلفه را جمع کرده و سپس بر اساس نتایج زیر قضاوت صورت می‌گیرد.

الف. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۰ تا ۶۶ باشد، نشانه میزان بکارگیری سبک مقابله‌ای در فرد در حد پایین می‌باشد.

ب. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۶۶ تا ۱۱۰ باشد، نشانه میزان بکارگیری سبک مقابله‌ای متوسط می‌باشد.

ج. چنانچه نمره محاسبه شده ۱۱۰ به بالا باشد، نشانه میزان بکارگیری سبک مقابله‌ای در فرد بالا می‌باشد.

این پرسشنامه که برگرفته از نظریات لازاروس- فولکمن در زمینه هیجان و استرس و مقابله است، شکلی است که از یک چک لیست راه‌های مقابله‌ای مشتق شده و شامل ۶۶ سوال است. این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۳) تهیه شده و پس از ترجمه به فارسی، توسط بشردوست تجلی و ملازاده شاهرودی (۱۳۷۳) جهت اجرای پایان نامه کارشناسی ارشد استفاده شده است (به نقل از مرادی، ۱۳۸۶). هشت مقیاس خویشتن داری، مقابله رویاروی گر، حل مدبرانه مسأله، بازبرآورد مثبت، جستجوی حمایت اجتماعی، دوری جویی، گریز-اجتناب و مسئولیت پذیری در این پرسشنامه گنجانده شده است که به ترتیب عبارتند از:

۱- خویشتن داری (مواد ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳) تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کند.

۲- مقابله رویاروی گر (مواد ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶) این مقیاس توصیف کننده تلاش‌های پرخاشگرانه و مستقیم جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطرطلبی را ارائه می‌دهد.

۳- حل مدبرانه مسئله (مواد ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۸، ۴۹، ۵۲) توصیف کننده تلاش‌های اندیشمندانه مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است که با روی

آوری تحلیل به حل مسأله همراه است.
۴- بازبرآورد مثبت (مواد ۳، ۲۰، ۲۳، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰) توصیف کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می‌آفریند. این مقیاس معنایی مذهبی دارد.

۵- جستجوی حمایت اجتماعی (مواد ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵) به تلاش‌هایی که در جستجوی کسب حمایت‌های اطلاعاتی و هیجانی هستند اشاره دارد.

۶- دوری جویی (مواد ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱ و ۴۴) توصیف کننده تلاش‌های شناختی برای جداکردن خویش از موقعیت استرس‌زا و به حداقل رساندن اهمیت موقعیت است.

۷- گریز-اجتناب (مواد ۵، ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۷ و ۵۹) توصیف کننده تفکر آرزویی و تلاش‌های رفتاری جهت گریز یا اجتناب از مشکل است. مواد این قیاس با مقیاس دوری جویی که بیانگر گسیختگی است، تفاوت دارد.

۸- مسئولیت پذیری (مواد ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱) تلاش‌هایی به منظور پذیرش نقش خویش در مشکل همواره با تلاش در جهت قرار دادن هرچیز در جای درست همراه است.

جهت تحلیل داده‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس 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 معتادان شرکت کننده 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 معتادان شرکت کننده 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

استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ طرحواره درمانی و درمان شناختی/رفتاری بر کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی سبک‌های مقابله‌ای برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه مداخله شناختی و رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله شناختی-رفتاری بر

(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).

طبق نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین متغیر جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای را نشان می‌دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون شایپروویک استفاده شد که بر اساس نتایج داده‌ها نرمال بودند. از آنجایی که پیش‌فرض‌ها برقرار بودند، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

انحراف معیار		میانگین		متغیرهای وابسته		مرحله	
کنترل	طرحواره درمانی	مداخله شناختی- رفتاری	کنترل	طرحواره درمانی	مداخله شناختی- رفتاری	پیش‌آزمون	نمره کل مقابله هیجان‌مدار
۱/۲۸	۱/۳۵	۱/۳۵	۵۳/۰۷	۵۳/۶۰	۵۳/۶۰	پیش‌آزمون	
۲/۳۳	۲/۳۷	۲/۳۷	۵۲/۵۳	۴۰/۸۰	۴۰/۸۰	پس‌آزمون	نمره کل مقابله هیجان‌مدار
۲/۶۰	۳/۹۴	۳/۹۴	۵۲/۸۰	۴۱/۵۳	۴۱/۵۳	پیگیری	
۱/۸۵	۱/۱۹	۴۳/۱۳	۱/۴۵	۴۳/۸۷	۴۳/۴۰	پیش‌آزمون	
۲/۴۵	۱/۷۴	۴۳/۸۷	۱/۷۹	۵۳/۸۰	۵۴/۰۷	پس‌آزمون	نمره کل مقابله مسئله‌مدار
۲/۵۶	۳/۳۱	۴۴/۱۳	۳/۵۰	۵۲/۶۰	۵۲/۸۷	پیگیری	

جدول ۴- نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره سبک‌های مقابله‌ای

مرحله سنجش	متغیرهای وابسته	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
پس‌آزمون	مقابله هیجان‌مدار	۲۲۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۹۹۹
پیگیری	مقابله مسئله‌مدار	۱۸۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹۹
	مقابله هیجان‌مدار	۹۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۹۹۹
	مقابله مسئله‌مدار	۸۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۹۹

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی سبک‌های مقابله‌ای برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	متغیرهای وابسته	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
پس‌آزمون	مقابله هیجان‌مدار	تفاضل طرحواره درمانی - شناختی/رفتاری	۱/۱۷	۰/۳۶۵
پیگیری	مقابله مسئله‌مدار	تفاضل طرحواره درمانی - گروه کنترل	-۱۲/۲۳	۰/۰۰۱
		تفاضل درمان شناختی/رفتاری - گروه کنترل	-۱۳/۴۱	۰/۰۰۱
		تفاضل طرحواره درمانی - شناختی/رفتاری	۱/۳۸	۰/۶۳۲
		تفاضل طرحواره درمانی - گروه کنترل	-۱۱/۸۶	۰/۰۰۱
		تفاضل درمان شناختی/رفتاری - گروه کنترل	-۱۳/۲۴	۰/۰۰۱

سبک‌های مقابله‌ای دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای در معتادان انجام شد. بر اساس نتایج طرحواره درمانی بر کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ماندگار و پایدار بوده است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات استفان (Stefan) و همکاران (۲۰۱۹) (۸) و پاسکوینی (Pasquini) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۷) هماهنگ بوده و تایید شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای افراد داشته است. این درمان توانسته است سبک مقابله هیجان‌مدار را کاهش داده و سبک مقابله مسئله‌مدار را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهد. این تغییر نشان‌دهنده اثربخشی این روش در کمک به افراد برای کنار آمدن با چالش‌های روزمره و شرایط استرس‌زا به شکلی منطقی‌تر و مؤثرتر است (۱۵). یکی از دلایل موفقیت طرحواره‌درمانی می‌تواند تمرکز عمیق آن بر ریشه‌یابی باورها و الگوهای فکری ناسازگارانه باشد. این روش به افراد کمک می‌کند تا طرحواره‌های ناکارآمدی را که از گذشته شکل گرفته‌اند شناسایی و اصلاح کنند. از آنجا که این طرحواره‌ها نقش اساسی در سبک‌های مقابله‌ای افراد ایفا می‌کنند، تغییر در آنها می‌تواند به طور مستقیم منجر به بهبود راهبردهای مقابله‌ای شود (۷). علاوه بر این، نتایج ماندگاری این تغییرات در مرحله پیگیری نشان‌دهنده پایداری تأثیرات درمان است. این پایداری احتمالاً به دلیل اصلاح عمیق باورهای زیربنایی و ارائه مهارت‌های عملی برای مدیریت چالش‌ها در زندگی روزمره است. به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی نه تنها در کوتاه‌مدت مؤثر است، بلکه به افراد کمک می‌کند تا در درازمدت نیز از راهبردهای مقابله‌ای سازگاران‌تری استفاده کنند (۱۸). این یافته‌ها همچنین حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی می‌تواند برای افرادی که سبک مقابله هیجان‌مدار بالایی دارند، مفیدتر باشد. سبک مقابله

هیجان‌مدار که اغلب بر واکنش‌های هیجانی و اجتناب از مشکل متمرکز است، می‌تواند با اثرات منفی بر سلامت روان و کیفیت زندگی همراه باشد. در مقابل، سبک مقابله مسئله‌مدار که بر حل فعالانه مشکلات تمرکز دارد، راهبردی سازگاران‌تر محسوب می‌شود. بنابراین، توانایی طرحواره‌درمانی در تغییر این الگوها می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود سلامت روان افراد داشته باشد (۱۴). سبک‌های مقابله‌ای، به ویژه در افراد مبتلا به اعتیاد، نقش بسیار مهمی در مدیریت استرس، پیشگیری از عود و بهبود کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. سبک مقابله هیجان‌مدار و مسئله‌مدار هرکدام تأثیرات متفاوتی بر رفتارهای مرتبط با اعتیاد و روند درمان دارند. بررسی این دو سبک مقابله‌ای در معتادان اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا انتخاب سبک مقابله‌ای می‌تواند سرنوشت درمان و توان‌بخشی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). سبک مقابله هیجان‌مدار بر مدیریت هیجانات و واکنش‌های عاطفی تمرکز دارد و اغلب شامل اجتناب، انکار، یا سرکوب احساسات می‌شود. در معتادان، این سبک مقابله‌ای ممکن است منجر به رفتارهایی مانند بازگشت به مصرف مواد برای فرار از استرس یا هیجانات ناخوشایند شود. این افراد به جای پرداختن به منبع مشکل، سعی می‌کنند با استفاده از مواد، احساسات منفی خود را کنترل کنند. بنابراین، این سبک مقابله‌ای می‌تواند خطر عود را افزایش دهد و به مانعی جدی در مسیر بهبودی تبدیل شود (۸). سبک مقابله مسئله‌مدار بر شناسایی مشکلات، یافتن راه‌حل‌های عملی و اقدام برای حل آنها متمرکز است. در معتادان، استفاده از این سبک مقابله‌ای می‌تواند به مدیریت بهتر شرایط استرس‌زا و پیشگیری از عود کمک کند. این افراد با استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار می‌توانند به جای فرار از مشکلات، با آنها مواجه شوند و راه‌حل‌های سالمی را برای مدیریت موقعیت‌های دشوار پیدا کنند. سبک مقابله مسئله‌مدار می‌تواند به تقویت خودکارآمدی، افزایش تاب‌آوری و ایجاد حس کنترل بر زندگی کمک کند (۱۳). افراد مبتلا به اعتیاد اغلب با چالش‌های روانی، اجتماعی و جسمانی متعددی مواجه هستند که نیاز به سبک‌های مقابله‌ای سازگاران‌دارند. آموزش و

روان‌شناختی منجر می‌شود (۱۱). یکی از نقاط قوت درمان شناختی-رفتاری، توانایی آن در اصلاح باورهای ناکارآمد و رفتارهای غیرسازگارانه است که اساس سبک مقابله هیجان‌مدار را تشکیل می‌دهند. این درمان، از طریق تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و مواجهه تدریجی، به افراد کمک می‌کند تا با استرس‌های خود به شکلی منطقی و هدفمند برخورد کنند. به این ترتیب، افراد به جای اجتناب یا سرکوب احساسات، یاد می‌گیرند که با منابع استرس مستقیماً روبه‌رو شوند و راه‌حل‌های عملی و پایدار بیابند (۵). در مقابل، سبک مقابله مسئله‌مدار بر توانایی شناسایی مشکلات و اقدام به حل آنها تمرکز دارد. این سبک، سازگارانه‌ترین شیوه برای مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا است و به بهبود خودکارآمدی، افزایش اعتماد به نفس و تقویت حس کنترل بر زندگی منجر می‌شود. در مان شناختی-رفتاری با ارائه راهبردهای عملی، افراد را قادر می‌سازد تا منابع استرس خود را تحلیل کرده و برنامه‌ریزی مناسبی برای مدیریت آنها انجام دهند. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا به جای غرق شدن در احساسات منفی، از منابع درونی و بیرونی خود برای حل مشکلات استفاده کنند (۳). پایداری این تغییرات در مرحله پیگیری نیز نکته مهمی است که نشان‌دهنده اثربخشی بلندمدت درمان شناختی-رفتاری است. این نتایج بیانگر آن است که افراد توانسته‌اند مهارت‌های آموخته‌شده را در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار بگیرند و سبک‌های مقابله‌ای جدید را به بخشی از رفتارهای روزمره خود تبدیل کنند. عامل کلیدی در این ماندگاری، تمرکز درمان بر اصلاح ریشه‌های شناختی و رفتاری مشکلات است، به گونه‌ای که فرد به صورت خودکار به سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر تمایل پیدا می‌کند (۱۰). از منظر عملی، این نتایج اهمیت درمان شناختی-رفتاری را در توان بخشی روانی و ارتقای کیفیت زندگی برجسته می‌کند. افراد با استفاده از این درمان نه تنها بر مشکلات فعلی خود غلبه می‌کنند، بلکه مهارت‌هایی به دست می‌آورند که در مقابله با چالش‌های آینده نیز به کار می‌آید. این امر نشان می‌دهد که درمان شناختی-

تقویت سبک مقابله مسئله‌مدار در این افراد می‌تواند به کاهش تمایل به مصرف مواد و بهبود وضعیت روانی آنها کمک کند. در مقابل، کاهش وابستگی به سبک مقابله هیجان‌مدار می‌تواند از رفتارهای پرخطر و مصرف مجدد مواد جلوگیری کند (۱۴). بنابراین، در برنامه‌های درمانی و توان بخشی معتادان، توجه ویژه به ارزیابی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ضروری است. مداخلاتی نظیر درمان شناختی-رفتاری یا طرحواره‌درمانی می‌توانند به افراد کمک کنند تا سبک مقابله هیجان‌مدار را کاهش داده و سبک مقابله مسئله‌مدار را تقویت کنند. این اقدامات می‌توانند نقش مهمی در موفقیت درمان و ارتقای کیفیت زندگی معتادان داشته باشند (۱۶). به طور کلی، این نتایج اهمیت طرحواره‌درمانی را در ارتقای سبک‌های مقابله‌ای مؤثر برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که این روش می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی مؤثر برای افرادی که با الگوهای مقابله‌ای ناسازگارانه دست‌وپنجه نرم می‌کنند، در نظر گرفته شود.

یافته دیگر مطالعه این می‌باشد که در مان شناختی/رفتاری بر کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ماندگار و پایدار بوده است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات راگلان (Raglan) و همکاران (۲۰۱۹) (۱) و هاریسون (Harrison) و همکاران (۲۰۱۵) (۱۵) همسو بود. درمان شناختی-رفتاری، به دلیل ماهیت ساختارمند و مهارت‌محور خود، می‌تواند به تغییرات عمیق و ماندگاری در سبک‌های مقابله‌ای افراد منجر شود. کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون، گویای این است که این درمان بر توانایی افراد برای مواجهه سازگارانه‌تر با استرس تأثیر چشمگیری داشته است. در سبک مقابله هیجان‌مدار، افراد بیشتر به مدیریت احساسات و واکنش‌های هیجانی خود می‌پردازند، اما اغلب به جای حل مسئله اصلی، از آن اجتناب می‌کنند. این سبک در کوتاه‌مدت می‌تواند حس آرامش موقتی ایجاد کند، اما در بلندمدت به افزایش تنش، ناامیدی و مشکلات

رفتاری، فراتر از یک رویکرد درمانی کوتاه مدت، می تواند به عنوان ابزاری برای ایجاد تغییرات پایدار در سبک زندگی و ارتقای سلامت روانی مورد استفاده قرار گیرد. در مجموع، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش سبک مقابله هیجان مدار و افزایش سبک مقابله مسئله مدار، گواهی بر قابلیت های آن در بهبود سازگاری روان شناختی و اجتماعی افراد است. این درمان می تواند با ایجاد تغییرات اساسی در باورها و رفتارهای افراد، زمینه را برای مدیریت موثرتر استرس و چالش های زندگی فراهم کند و به بهبود مداوم وضعیت روانی و کیفیت زندگی آنان منجر شود.

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر این بود که تفاوت میانگین گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه مداخله شناختی و رفتاری با گروه کنترل بود که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله شناختی-رفتاری بر سبک های مقابله ای دارد. تفاوت میانگین بالاتر در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه مداخله شناختی-رفتاری می تواند به دلایل مختلفی مرتبط باشد که به ویژگی های بنیادی این دو رویکرد در مانی بازمی گردد. طرحواره درمانی، برخلاف در مان شناختی-رفتاری که بیشتر بر افکار و رفتارهای سطحی و کنونی تمرکز دارد، به عمق بیشتری از شخصیت فرد و ریشه های تجربیات اولیه او می پردازد. این ویژگی باعث می شود که طرحواره درمانی بتواند تغییرات بنیادین تر و پایدارتری در الگوهای فکری، عاطفی و رفتاری ایجاد کند. یکی از دلایل اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی این است که این رویکرد به طور خاص بر شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه تمرکز دارد. طرحواره ها، الگوهای عمیق و تکرارشونده ای هستند که در دوران کودکی و بر اثر تجربیات منفی شکل گرفته اند و اغلب زیربنای سبک های مقابله ای ناکارآمد هستند. طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا این طرحواره های ریشه دار را شناسایی و اصلاح کنند، در نتیجه تغییرات ایجاد شده در سبک های مقابله ای عمیق تر و پایدارتر خواهد بود (۸). علاوه بر این، طرحواره درمانی بر هیجانات اولیه مرتبط با طرحواره های

ناسازگار تمرکز دارد و با استفاده از تکنیک هایی مانند تصویرسازی ذهنی و مواجهه عاطفی، به افراد امکان می دهد که تجربیات گذشته خود را بازسازی کرده و ارتباط موثرتری با هیجانات خود برقرار کنند. این کار به ویژه در سبک مقابله هیجان مدار که به شدت تحت تأثیر هیجانات منفی است، می تواند نقش مهمی در کاهش وابستگی به این سبک و تقویت سبک مقابله مسئله مدار داشته باشد (۱۰). طرحواره درمانی، به ویژه به دلیل تمرکز آن بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری ریشه دار، تأثیرات قابل توجهی در این زمینه دارد. اولاً، طرحواره درمانی به شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه کمک می کند. این طرحواره ها که معمولاً در کودکی و در اثر تجربیات منفی یا آسیب های عاطفی شکل می گیرند، می توانند الگوهای فکری و رفتاری مداوم و منفی را در فرد ایجاد کنند. افراد مبتلا به اعتیاد معمولاً از این طرحواره های ناسازگار برای مقابله با استرس ها و چالش های زندگی استفاده می کنند. طرحواره درمانی به افراد این امکان را می دهد تا این الگوهای فکری را شناسایی کرده و آنها را تغییر دهند، به طوری که در مواجهه با مشکلات زندگی به جای استفاده از سبک های مقابله ای ناکارآمد مانند مصرف مواد، از راهبردهای سالم تری استفاده کنند (۱۸). ثانیاً، طرحواره درمانی به فرد کمک می کند تا احساسات و هیجانات خود را بهتر شناسایی و مدیریت کند. افراد معتاد معمولاً در مدیریت هیجانات خود دچار مشکل هستند و مصرف مواد را به عنوان یک راه حل موقت برای کاهش استرس و اضطراب به کار می برند. طرحواره درمانی با تمرکز بر مهارت های تنظیم هیجان و افزایش آگاهی هیجانی، به افراد کمک می کند تا به جای استفاده از مواد، احساسات خود را به طور مؤثرتر مدیریت کنند (۱۴). ثالثاً، این درمان با تأکید بر تغییر الگوهای شناختی منفی و تقویت خود آگاهی، افراد را قادر می سازد تا به طور فعالانه و مسئولانه به مسائل زندگی خود نگاه کنند. این تغییرات در الگوهای فکری باعث می شود که فرد قادر باشد به طور مستقل و مؤثرتر با چالش ها و مشکلات زندگی روبه رو شود، که این خود موجب کاهش وابستگی به مصرف مواد می شود (۱۱).

شنا سایی این احساسات و تغییر آن‌ها، به افراد کمک می‌کند تا به جای مصرف مواد، از روش‌های سالم‌تری برای مقابله با مشکلات خود استفاده کنند (۱۴). یکی دیگر از جنبه‌های مهم طرحواره‌درمانی، تقویت خودآگاهی و خودتنظیمی است. افراد مبتلا به اعتیاد معمولاً تمایل دارند که از احساسات منفی خود اجتناب کنند و به جای روبه‌رو شدن با آن‌ها، به مصرف مواد پناه می‌برند. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجانی، به افراد یاد می‌دهد که چگونه با احساسات خود مواجه شوند، آن‌ها را بپذیرند و راه‌های سالم‌تری برای کاهش تنش‌ها و اضطراب‌های خود بیابند. این تغییر در نحوه برخورد با احساسات منفی، می‌تواند تأثیر مستقیمی بر کاهش وابستگی به مواد داشته باشد (۱۶). علاوه بر این، طرحواره‌درمانی در تعامل با دیگران و بهبود روابط بین‌فردی نیز تأثیرگذار است. روابط اجتماعی ناسالم و ارتباطات ضعیف می‌تواند در روند اعتیاد فرد نقش مهمی ایفا کند. افراد معتاد معمولاً در روابط خود با دیگران دچار مشکل هستند و این روابط ممکن است تشدیدکننده رفتارهای اعتیادی شوند. طرحواره‌درمانی به فرد کمک می‌کند تا روابط خود را بازنگری کرده و الگوهای جدیدی از ارتباطات سالم ایجاد کند. این روابط مثبت و حمایتی می‌توانند در مقابله با مشکلات زندگی و در فرآیند ترک اعتیاد کمک‌کننده باشند. به طور کلی، طرحواره‌درمانی با تغییر الگوهای ذهنی و رفتاری ناسازگار، به افراد معتاد کمک می‌کند تا با استفاده از راهبردهای سالم‌تری با مشکلات خود مواجه شوند و از وابستگی به مواد اجتناب کنند. این فرآیند شامل بازسازی خودآگاهی، تنظیم هیجانات، و بهبود روابط اجتماعی است که در نهایت به بهبود کیفیت زندگی و کاهش خطر بازگشت به اعتیاد منجر می‌شود.

از سوی دیگر، درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر افکار و باورهای ناکارآمد کنونی تمرکز دارد و اگرچه در بهبود سبک‌های مقابله‌ای مؤثر است، اما معمولاً به ریشه‌های عمیق‌تر این باورها نمی‌پردازد. بنابراین، تغییراتی که از طریق این رویکرد حاصل می‌شود، ممکن است در برخی موارد به اندازه تغییرات ناشی از طرحواره‌درمانی عمیق

رابعاً، طرحواره‌درمانی تأکید زیادی بر روابط بین‌فردی و تأثیر آن‌ها بر الگوهای مقابله‌ای دارد. افراد معتاد معمولاً از روابط اجتماعی نامناسب یا ناسالم برخوردار هستند که این روابط می‌توانند در تشدید وابستگی به مواد مؤثر باشند. طرحواره‌درمانی با توجه به این روابط، به فرد کمک می‌کند تا روابط خود را بازسازی کرده و حمایت اجتماعی بهتری ایجاد کند، که در نهایت می‌تواند به بهبود سبک‌های مقابله‌ای و کاهش مصرف مواد کمک کند. در نتیجه، اثر مثبت طرحواره‌درمانی در این تحقیق به دلیل تمرکز این درمان بر اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانات، و همچنین تقویت روابط اجتماعی و حمایت‌های بیرونی افراد بوده است. این عوامل مجموعاً باعث شده‌اند که افراد معتاد توانسته‌اند به طور معناداری از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد به سمت استفاده از راهبردهای سالم‌تر و مؤثرتر برای مواجهه با مشکلات و استرس‌های زندگی حرکت کنند (۸). طرحواره‌درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی مبتنی بر شناخت و شناخت‌درمانی، به‌ویژه برای درمان افراد با مشکلات روانی پیچیده مانند اعتیاد، بسیار مؤثر شناخته شده است. این رویکرد بر این فرض استوار است که افرادی که با اختلالات روانی یا اعتیاد مواجه هستند، معمولاً الگوهای فکری و رفتاری ناسازگاری دارند که در اثر تجربیات منفی گذشته به‌ویژه در دوران کودکی شکل گرفته‌اند. این الگوها به‌طور ناخودآگاه به فرد کمک می‌کنند تا با فشارهای روانی، استرس و اضطراب مقابله کند، اما در واقع این مقابله‌ها غالباً ناکارآمد و آسیب‌زا هستند (۱۳). طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و تغییر این الگوهای ذهنی، به افراد کمک می‌کند تا راه‌های جدیدی برای مواجهه با مشکلات خود پیدا کنند. برای مثال، بسیاری از افراد معتاد از طرحواره‌های «بی‌کفایتی» یا «مستحق نبودن» رنج می‌برند که باعث می‌شود احساس کنند در مواجهه با چالش‌های زندگی ناتوان هستند و نمی‌توانند مشکلات خود را حل کنند. این احساس‌ها معمولاً به مصرف مواد منتهی می‌شود زیرا فرد معتقد است که تنها راه برای کاهش اضطراب و استرس، استفاده از مواد است. طرحواره‌درمانی با هدف

ن باشد (۱۳). همچنین، در طرحواره‌درمانی، تمرکز بیشتری بر روابط درمانی و ایجاد پیوندی ایمن و حمایتی بین درمانگر و مراجع وجود دارد. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا در فضایی امن و غیرقضاوت‌گر، به بررسی عمیق‌تر مسائل خود بپردازند و الگوهای جدیدی از ارتباطات و رفتارها را بیاموزند. این ویژگی می‌تواند تغییرات عمیق‌تری را در سبک‌های مقابله‌ای ایجاد کند، به‌ویژه در افرادی که طرحواره‌های مرتبط با عدم اعتماد، رهاشدگی یا شکست دارند (۱۵).

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 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.

پیشنهادات: برای بهبود اثربخشی طرحواره‌درمانی در افراد معتاد، می‌توان به چندین نکته کلیدی توجه کرد. اولاً، پیشنهاد می‌شود که طرحواره‌درمانی به‌عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار سایر درمان‌ها مانند مشاوره‌های فردی و گروهی یا درمان‌های دارویی به‌کار گرفته شود. این روش می‌تواند به‌ویژه برای افرادی که در درمان‌های دیگر پاسخ مطلوبی نمی‌دهند یا در مقابله با مشکلات روانی از راهبردهای ناکارآمد استفاده می‌کنند، مفید واقع شود. ثانیاً، برای افزایش اثربخشی درمان، نیاز است که جلسات طرحواره‌درمانی به‌طور منظم و طولانی‌مدت برگزار شوند. افراد معتاد معمولاً با مشکلات عمیق‌تری مانند الگوهای فکری ناهماهنگ و ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای مواجه هستند که تنها در یک دوره کوتاه‌مدت قابل حل نیست. بنابراین، استمرار در درمان و ایجاد فضایی برای پیگیری مداوم می‌تواند در حفظ نتایج و جلوگیری از بازگشت به اعتیاد مؤثر باشد. علاوه بر این، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان به‌طور خاص باید بخشی از برنامه درمانی

باشد. این آموزش‌ها به افراد کمک می‌کنند تا روش‌های سالمی برای مقابله با استرس، اضطراب و سایر احساسات منفی پیدا کنند و به‌جای مصرف مواد، از ابزارهایی مانند ورزش، مدیتیشن یا تکنیک‌های آرام‌سازی برای کاهش تنش استفاده کنند. از دیگر پیشنهادات، ترکیب طرحواره‌درمانی با گروه‌های حمایتی است. زیرا افراد معتاد معمولاً در روابط اجتماعی مشکل دارند و احساس تنهایی و انزوا می‌تواند یکی از دلایل اصلی مصرف مواد باشد. گروه‌های حمایتی می‌توانند به آن‌ها کمک کنند تا ارتباطات مثبت‌تری با دیگران برقرار کنند و از تجربه‌های مشابه سایر افراد برای بهبود شرایط خود استفاده کنند. همچنین، بررسی و اصلاح روابط خانوادگی فرد معتاد می‌تواند در فرآیند درمان کمک‌کننده باشد. زیرا مشکلات خانوادگی و روابط ناسالم به‌طور مستقیم بر اعتیاد و الگوهای فکری فرد تأثیر می‌گذارند. بنابراین، کار با خانواده‌ها در راستای آموزش شیوه‌های ارتباطی سالم و حل تعارضات می‌تواند به بهبود اثربخشی درمان کمک کند. در نهایت، برای افزایش اثربخشی طرحواره‌درمانی در این گروه از افراد، باید به فرد کمک شود تا به‌طور خودآگاه به تغییرات درونی خود پی ببرد و احساس مسئولیت‌پذیری نسبت به بهبود وضعیت خود پیدا کند. این خودآگاهی می‌تواند به‌طور قابل توجهی روند درمان را تسریع کند و از بازگشت به رفتارهای اعتیادی جلوگیری نماید.

برای محققان آینده که قصد دارند در زمینه مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای معتادان تحقیق کنند، پیشنهاداتی وجود دارد که می‌تواند به غنای پژوهش‌ها و بهبود کیفیت درمان کمک کند: اولاً، پیشنهاد می‌شود که محققان تحقیقات خود را به‌صورت مقایسه‌ای با گروه‌های بزرگتر و متنوع‌تر از افراد معتاد انجام دهند. در این راستا، بررسی تفاوت‌های فردی مانند سن، جنسیت، سابقه اعتیاد، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌تواند به شفاف‌سازی عواملی که بر اثربخشی درمان تأثیر می‌گذارند کمک کند. این اطلاعات می‌تواند به طراحی درمان‌های شخصی‌سازی شده و مؤثرتر برای گروه‌های مختلف کمک کند. ثانیاً، پیشنهاد می‌شود که

ممکن است به‌ویژه برای افرادی که در درمان‌های تک‌بعدی پاسخ مطلوبی نشان نمی‌دهند، مؤثرتر باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری تأثیر مثبتی بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای افراد دارند. این یافته نشان می‌دهد که هر دو روش می‌توانند به کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون کمک کنند و این تغییرات درمانی در مرحله پیگیری نیز ماندگار و پایدار بوده‌اند. با این حال، برتری طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر اساس تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌های مداخله و گروه کنترل آشکار است. این نتایج حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز عمیق‌تر بر ریشه‌های شناختی و هیجانی مشکلات افراد، تأثیر بیشتری بر اصلاح سبک‌های مقابله‌ای دارد. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای، به‌ویژه برای افرادی که نیازمند تغییرات بنیادین در ساختارهای فکری و هیجانی خود هستند، اثربخش‌تر است.

در نهایت، این یافته‌ها تأکید می‌کنند که انتخاب روش درمانی باید متناسب با نیازها و ویژگی‌های فرد باشد و طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر در شرایطی که تغییرات عمیق‌تری در سبک‌های مقابله‌ای افراد ضروری است، توصیه شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه 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.

محققان تحقیقات خود را در قالب مطالعات طولی و پیگیری‌های پس از درمان انجام دهند. مطالعات کوتاه‌مدت ممکن است قادر به بررسی تأثیرات پایداری درمان نباشند. بنابراین، پیگیری نتایج در طول زمان (به‌ویژه چند ماه یا یک سال پس از درمان) می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد پایداری تغییرات در سبک‌های مقابله‌ای و کاهش وابستگی به مواد به دست دهد. علاوه بر این، لازم است که تحقیقات آینده به مقایسه دقیق‌تری از اثربخشی درمان‌های طرحواره‌درمانی و شناختی رفتاری در زمینه‌های مختلف روانی، رفتاری و اجتماعی پرداخته شود. به‌عنوان مثال، محققان می‌توانند بررسی کنند که هر کدام از این درمان‌ها چگونه بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی، و سایر مشکلات روانی مرتبط با اعتیاد تأثیر می‌گذارند و کدام درمان نتایج بهتری به دنبال دارد. پیشنهاد دیگر این است که تحقیقات به شناسایی مکانیزم‌های خاصی که موجب تغییر در سبک‌های مقابله‌ای معتادان می‌شود، بپردازند. بررسی نحوه تغییر الگوهای تفکر و رفتار افراد تحت درمان، به‌ویژه در زمینه‌های خودآگاهی، مهارت‌های تنظیم هیجان و پذیرش موقعیت‌های استرس‌زا، می‌تواند در درک دقیق‌تر چگونگی تأثیر این دو درمان بر سبک‌های مقابله‌ای کمک کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که محققان به بررسی تأثیرات درمان‌ها بر روابط اجتماعی و خانوادگی افراد معتاد توجه کنند. بسیاری از افراد معتاد با مشکلات در روابط بین‌فردی مواجه هستند که می‌تواند بر روند درمان تأثیرگذار باشد. بررسی این که درمان‌ها چگونه به بهبود روابط خانوادگی و اجتماعی کمک می‌کنند و چطور این بهبودها می‌تواند به پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد کمک کند، می‌تواند ابعاد جدیدی از اثرات درمانی را آشکار کند. در نهایت، توصیه می‌شود که محققان تحقیقات خود را با توجه به ترکیب درمان‌های مختلف انجام دهند. برای مثال، می‌توانند ترکیب طرحواره‌درمانی و شناختی رفتاری را با سایر روش‌های درمانی مانند درمان‌های دارویی، مشاوره گروهی یا آموزش مهارت‌های زندگی مورد بررسی قرار دهند. این نوع رویکرد ترکیبی

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.

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 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.