



## مقاله پژوهشی

# مقایسه اثربخشی رویکرد درمان شناختی رفتاری و اسکیما تراپی 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

### کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،  
اسکیما تراپی،  
سبک‌های مقابله‌ای

**زمینه و هدف:** امروزه سوء‌صرف 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 سوء‌صرف 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 گرفتی را برای دولت‌ها برچای خواهد گذاشت. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در افراد با سوء‌صرف مواد مخدر انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه افرادی است که مبتلا به سوء‌صرف 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 (ایانگ، ۲۰۰۳) اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازروس و فلکمن (۱۹۸۰) بهره برده شد. برای تحلیل دادها 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 هیجان‌دار و افزایش سبک مقابله مسئله‌دار در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ماندگار و پایدار بوده است. همچینین 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 کی این است که طرحواره درمانی 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 طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای، بهویژه برای افرادی که نیازمند تغییرات بینایین در ساختارهای فکری و هیجانی خود هستند، اثربخش‌تر است.

**تعارض منافق:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

**شیوه 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.



## Original Article

## 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, Tonkabon Branch, Tonkabon, Iran

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

**Aghar 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.

شده و روند ترک و درمان را دشوارتر می‌کند<sup>(۶)</sup>. وابستگی به مواد، خود به عنوان 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 چین شرایطی، هرگونه عامل استرس‌زا یا موقعیت دشوار می‌تواند خطر بازگشت به مصرف مواد را افزایش دهد<sup>(۷)</sup>. 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 پراسترس افزایش دهند<sup>(۸)</sup>.

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 همانگی میان احساسات، فعالیت‌ها و افکار دانست سازگاری عاطفی شامل مکانیزم‌هایی است که توسط آنها، فرد ثبات عاطفی پیدا می‌کند<sup>(۹)</sup>. 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 درمان 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 بتولند جهت کمک به فرد مبتلا موفق باشد و تا حد ممکن درصد عود بیماری کاهش یابد<sup>(۱۰)</sup>. از جمله درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، مراکز اجتماع درمان مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود<sup>(۱۱)</sup>. هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول

## مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرملنه، یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است<sup>(۱)</sup>. 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<sup>(۲)</sup>. افسردگی اساسی، اضطراب، اختلال شخصیت‌مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی جزو رایج‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در میان افراد با سوء مصرف مواد است<sup>(۳)</sup>. 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 مصرف‌کننده 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<sup>(۴)</sup>.

سوء مصرف مواد معمولاً با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد همراه است که نقش مهمی در شکل‌گیری و تثبیت این مشکل ایفا می‌کند. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب در مقابله با چالش‌های زندگی روزمره و شرایط پراسترس 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<sup>(۵)</sup>. 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

درمان‌های دارویی اعتیاد مانند درمان‌های غیردارویی 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 تعديل 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 تعديل 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 بالای 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 بر حسب شیوه ساخت‌یابی جهان از دیدگاه او تعیین می‌شود (۱۲). مدل آسیب شناختی بک، بر نقش محوری تفکر در انگیزش و ابقاء 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 گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب همبود با سوء مصرف مواد موثرند (۱۵). اساس درمان شناختی-رفتاری در اعتیاد و عود آن مبنی 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 سوء مصرف مواد پناه ببرد (۱۷).

بالای داروهای ضدسایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزوپریدین‌ها) 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 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 سه نوبت (پیش آزمون، پس آزمون 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 دستور العمل 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 ارایه 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 رفتارسازگارنده توسط دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، جلسات درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به شیوه گروهی برای معتادان گروه

می‌تولند مثمر 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 ر 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 بھبھود 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 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 کرددند. منظور از افراد سوء مصرف کننده، افرادی است که یک یا چند ماهه را از راههای گوناگون مانند خوردن، تزریق، تدخین و استنشاق، به صورت مداوم مصرف کرده‌اند و این علائم سبب مراجعه آنها و استمداد از مراکز درمانی فوق شده است. پس از مصاحبه اولیه با معتادان متقارضی 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 ۳۵ تا ۳۱ سال)، جنس (تنها مرد)، سطح تحصیلات (از راهنمایی تا لیسانس)، سابقه عود (از ۲ تا ۵ بار)، عدم مصرف

مقابله‌ای بود. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای یک آزمون ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس) (Lazarus) و فلکمن (Folkman) (۱۹۸۵) توسط لازاروس و فلکمن (۱۹۸۵) ساخته شده است و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام

آزمایش اجرا گردید، اما معتادان گروه کنترل تا پایان درمان هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست لنتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند (جدول‌های ۱ و ۲). ابزار گردآوری داده‌های تحقیق پرسشنامه راهبردهای

### جدول ۱ - خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	جلسه نهم	جلسه دهم	جلسه یازدهم	جلسه دوازدهم	جلسه سیزدهم	جلسه چهاردهم	جلسه پانزدهم	
رفس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش																
* مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه و انجام توانق‌های لازم آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه طرحواره یانگ، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اختقاد																
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 تفہیم مفاهیم مورد نظر سعی شد از دستورالعمل‌های مراکز ترک وابستگی به مواد و گروههای خودیار در افراد وابسته به مواد، مانند دستورالعمل قسمهای دوازده گانه نیز استفاده شود.)																
* تکمیل کردن پرسشنامه و انجام آزمون‌های اولیه (ادامه بحث سنجش و آموزش در روند درمان)																
ارتباط طرحواره با کودک درون بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار																
عوامل موثر در اکتساب طرحواره																
* سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی شناخت و برائی‌ختن طرحواره‌های بیمار تصاویر 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																
* آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای																
بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای																
* آزمون اعتبار طرحواره‌ها																
الف. جمع آوری شواهد عینی تاکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه ب. جمع آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره																
تعريف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره																
* ارزیابی مزایا و معایب پاسخهای مقابله‌ای اعضا تپیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها																
معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها																
* به کار بردن تکنیک‌گفت و گوی خیالی گفت و گوی طرحواره (گفت و گوی خیالی)																
توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره																
* برقراری گفت و گویین «جنبه طرحواره» و «جنبه سالم»																
بررسی فرم ثبت طرحواره: این کار به جلت اهداف مورد نظر در این جلسه بهتر است در ابتدای جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی																
* نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت و گوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی																
* تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی																
* راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره																
بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانهای خود																
* بررسی طرحواره ایثار و اطاعت در اعضای گروه																
* بررسی طرحواره محرومیت هیجانی و بازداری هیجان																
آموزش شیوه درست ابزار 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 خویشن داری و نبود خودانضباطی																
انجام اقدامات و آمادگی لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون																

## جدول ۲ - محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری

جلسه‌ها	مقدماتی
اول	اماده سازی و تعیین اهداف، آشنازی با افراد گروه.
دوم	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، معبارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کیم، تمرین آرمیدگی تخلیه هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه‌ی آینده.
سوم	مرور تکلیف جلسه‌ی اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبه با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی آینده.
چهارم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
ششم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
هفتم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه‌ی فهرست از باورهایی که در تاریخ شر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده‌اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل میاب؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
هشتم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ تحلیل سودمند؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین: تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
نهم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
دهم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
یازدهم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادرکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادرکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قسری اخیاری؛ تمرین: بازداری اخیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته‌ی آینده.
دوازدهم	مرور تکلیف جلسه‌ی قبیل؛ سخنرانی آموزشی الف: تبیه خود ه خود پاداش دهی؛ تمرین: تبیه خود ه خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
دوازدهم	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه‌ای برای پیشگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

شده با سیاهه راهبردهای مقابله‌ای در چندین مورد تفاوت دارد. نخست اینکه نحوه پاسخگویی در نسخه اصلی به صورت بلایه/خیر است، در نسخه تجدیدنظر شده به هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده می‌شود (۰ = اصلاً استفاده نکرده‌ام، ۱ = بعضی اوقات استفاده کرده‌ام، ۲ = غالباً استفاده می‌کنم، ۳ = به میزان زیادی از آن استفاده کرده‌ام) و دوم اینکه عبارات اضافی و نامفهوم حذف یا با عبارات دیگر توضیح 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 : مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، ۲. خودکنترلی، گریز-اجتناب، حل مسئله برنامه ریزی شده و مسئولیت، ۳. اجتماعی : طلب حمایت اجتماعی، پذیرش 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

مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می‌شود که به طور شفاهی یا نوشتناری 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 هریک 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 می‌کند. این آزمون دارای ۸ زیر مقیاس : مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، گریز-اجتناب، حل مسئله 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

- آوری تحلیل به حل مسئله همراه است.
- ۴ بازبرآورد مثبت (مواد ۳، ۲۰، ۳۶، ۲۳، 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 و 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 و ۵۷) 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 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 بنفوونی 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 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 معتادن 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 کارданی و ۸ نفر

مسئولیت : ۵۱، ۵۲، ۲۹، ۲۵، ۶۹. ۶. گریز-اجتناب : ۵۸، ۵۰، ۴۷، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۱۱. حل مسئله برنامه ریزی شده : ۵۲، ۵۴، ۴۸، ۴۹، ۲۶، ۳۹، ۸۱. ارزیابی مجدد مثبت : ۶۰، ۵۶، ۳۸، ۳۰، ۲۳، ۳۶.

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 شاهروdi (۱۳۷۳) جهت اجرای پایان نامه کارشناسی ارشد استفاده شده است (به نقل از مرادی، ۱۳۸۶).

هشت مقیاس خویشتن داری، مقابله رویاروی گر، حل مدبرانه مسئله، 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 و ۶۲) تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کند.

-۲ مقابله رویاروی گر (مواد ۶، ۱۷، ۷، 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 و ۵۲) توصیف کننده تلاش‌های اندیشمندانه مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است که با روی

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 مسئله‌دار در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ملندگار و پاییدار 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 (نرمال‌بودن) از آزمون شایپرویلک 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

مرحله	متغیرهای وابسته	میانگین					
		مرحله	مدخله شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	کنترل	مدخله شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۱/۲۸	پیش‌آزمون	۵۳/۶۰	۵۳/۰۷	۱/۳۵	۱/۲۵	۰/۲۸	۰/۲۵
۲/۲۳	پس‌آزمون	۴۰/۸۰	۵۲/۵۳	۲/۳۷	۲/۳۷	۰/۲۳	۰/۲۳
۲/۶۰	پیگیری	۴۱/۵۳	۵۲/۸۰	۳/۹۴	۳/۹۴	۰/۶۰	۰/۹۴
۱/۸۵	پیش‌آزمون	۴۳/۴۰	۴۳/۸۷	۱/۴۵	۴۳/۱۳	۰/۱۹	۱/۱۹
۲/۴۵	پس‌آزمون	۵۴/۰۷	۵۳/۸۰	۱/۷۹	۴۳/۸۷	۰/۷۴	۱/۷۴
۲/۵۶	پیگیری	۵۲/۸۷	۵۲/۶۰	۳/۵۰	۴۴/۱۳	۰/۳۱	۳/۳۱

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

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

**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
پس‌آزمون	مقابله هیجان‌مدار	تفاضل طرحواره درمانی - گروه کنترل	-۱۲/۲۳	۰/۰۰۱
پیگیری	مقابله مسئله‌دار	تفاضل درمان شناختی-رفتاری - گروه کنترل	-۱۳/۴۱	۰/۰۰۱
پیگیری	مقابله مسئله‌دار	تفاضل طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	۱/۴۸	۰/۶۳۲
پیگیری	مقابله مسئله‌دار	تفاضل طرحواره درمانی - گروه کنترل	-۱۱/۸۶	۰/۰۰۱
پیگیری	مقابله مسئله‌دار	تفاضل درمان شناختی-رفتاری - گروه کنترل	-۱۳/۲۴	۰/۰۰۱

سبک‌های مقابله‌ای دارد.

### بحث

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 سازگارانه‌تر محسوب می‌شود. بنابراین، توانایی طرحواره‌درمانی در تغییر این الگوهای 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 هر کدام 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 یه‌جای 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 راه حل‌های 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 راه حل‌های 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 سازگارانه دارند. آموزش و

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در معتادان انجام شد. بر اساس نتایج طرحواره درمانی بر کاهش سبک مقابله هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن در مرحله پیگیری ملندگار و پاییدار بوده است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات استفان (Stefan) و همکاران (۲۰۱۹) (۸) و پاسکوینی (Pasquini) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۷) همانگ 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 منطقی تر 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 رائمه 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 سازگارانه‌تری 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

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. به‌این‌ترتیب، افراد به جای اجتناب یا سرکوب احساسات، یاد می‌گیرند که با منابع استرس مستقیماً روابه‌رو شوند و راه حل‌های 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 اعتمادبه‌نفس و تقویت حس کنترل بر زندگی منجر می‌شود. درمان 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 به‌جای 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، به‌گونه‌ای که فرد به صورت خودکار به سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر تمايل پیدا می‌کند (۱۰). از منظر عملی، این نتایج اهمیت درمان شناختی-رفتاری را در توان‌بخشی 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 پر خطر و مصرف مجدد مواد جلوگیری کند (۱۴). بنابراین، در برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی معتادان، توجه ویژه به ارزیابی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ضروری است. مداخلاتی نظری 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 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 ملندگار 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 مهارت محور خود، می‌تواند به تغییرات عمیق و ملندگاری 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، نامیدی و مشکلات

ناسازگار تمرکز دارد و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی و مواجهه عاطفی، به افراد امکان می‌دهد که تجربیات گذشته خود را بازسازی کرده و ارتباط موثرتری با هیجانات خود برقرار کنند. این کار به‌ویژه در سبک مقابله هیجان‌مدار که به شدت تحت تأثیر هیجانات منفی است، می‌تواند نقش مهمی در کاهش وابستگی به این سبک و تقویت سبک مقابله مسئله‌مدار داشته باشد (۱۰). طرحواره‌درمانی، به‌ویژه به‌دلیل تمرکز آن بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری ریشه‌دار، تأثیرات قابل توجهی در این زمینه دارد. اولاً، طرحواره‌درمانی به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند. این طرحواره‌ها که معمولاً در کودکی و در اثر تجربیات منفی یا آسیب‌های عاطفی شکل می‌گیرند، می‌توانند الگوهای فکری و رفتاری مداوم و منفی را در فرد ایجاد کنند. افراد مبتلا به اعتیاد معمولاً از این طرحواره‌های ناسازگار برای مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی استفاده می‌کنند. طرحواره‌درمانی به افراد این امکان را می‌دهد تا این الگوهای فکری را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند، به‌طوری که در مواجهه با مشکلات زندگی به جای استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند مصرف مواد، از راهبردهای سالم‌تری استفاده کنند (۱۸). ثانیاً، طرحواره‌درمانی به فرد کمک می‌کند 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 می‌برند. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش آگاهی هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا به جای استفاده از مواد، احساسات خود را به‌طور مؤثرتر مدیریت کنند (۱۴). ثالثاً، این درمان با تأکید بر تغییر الگوهای شناختی منفی و تقویت خودآگاهی، افراد را قادر می‌سازد تا به‌طور فعالانه و مسئولانه به مسائل زندگی خود نگاه کنند. این تغییرات در الگوهای فکری باعث می‌شود که فرد قادر باشد به‌طور مستقل و مؤثرتر با چالش‌ها و مشکلات زندگی روبرو شود، که این خود موجب کاهش وابستگی به مصرف مواد می‌شود (۱۱).

رفتاری، فراتر از یک رویکرد درمانی کوتاه‌مدت، می‌تواند 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 هیجان‌مدار و افزایش سبک مقابله مسئله‌مدار، گواهی بر قابلیت‌های آن در بهبود سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی افراد است. این درمان می‌تواند با ایجاد تغییرات اساسی در باورها و رفتارهای افراد، زمینه را برای مدیریت مؤثرتر استرس و چالش‌های زندگی فراهم کند و به بهبود مداوم وضعیت روانی و کیفیت زندگی آنان منجر شود.

یکی دیگر از یافته‌های 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 سبک‌های مقابله‌ای دارد. تفاوت میانگین بالاتر در گروه طرحواره‌درمانی نسبت به گروه مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند به دلایل مختلف مرتبه باشد که به ویژگی‌های بنیادی این دو رویکرد درمانی بازمی‌گردد. طرحواره‌درمانی، برخلاف رفتارهای سطحی و کنونی تمرکز دارد، به عمق بیشتری از شخصیت فرد و ریشه‌های تجربیات اولیه او می‌پردازد. این ویژگی باعث می‌شود که طرحواره‌درمانی بتواند تغییرات بنیادین‌تر و پایدارتری در الگوهای فکری، عاطفی و رفتاری ایجاد کند. یکی از دلایل اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی این است که این رویکرد به طور خاص بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد. طرحواره‌ها، الگوهای عمیق و تکرارشونده‌ای هستند که در دوران کودکی و اغلب زیربنای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد هستند. طرحواره‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا این طرحواره‌های ریشه‌دار را شناسایی و اصلاح کنند، در نتیجه تغییرات ایجادشده در سبک‌های مقابله‌ای عمیقتر و پایدارتر خواهد بود (۸). علاوه بر این، طرحواره‌درمانی بر هیجانات اولیه مرتبط با طرحواره‌های

شناسایی 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 عموماً تمايل 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 بین فردی نیز تأثیرگذار است. روابط اجتماعی ناسالم و ارتباطات ضعیف می‌تواند در روند اعتیاد فرد نقش مهمی ایفا کند. افراد معتاد عموماً 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 عموماً 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 بین فردی و تأثیر آن‌ها بر الگوهای مقابله‌ای دارد. افراد معتاد عموماً 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، به ویژه 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، عموماً الگوهای فکری و رفتاری ناسازگاری دارند که در اثر تجربیات منفی گذشته به ویژه در دوران کودکی شکل گرفته‌اند. این الگوها به طور 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 «سی‌کفایتی» 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 عموماً به مصرف مواد منتهی می‌شود زیرا فرد معتقد است که تنها راه برای کاهش اضطراب و استرس، استفاده از مواد است. طرحواره‌درمانی با هدف

باشد. این آموزش‌ها به افراد کمک می‌کنند تا روش‌های سالمی برای مقابله با استرس، اضطراب و سایر احساسات منفی پیدا کنند و به جای 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 برقار 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 تسريع 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 معتقدان تحقیق کنند، پیشنهاداتی وجود دارد که می‌تواند به غایی پژوهش‌ها و بهبود کیفیت درمان کمک کند: اولاً، پیشنهاد می‌شود که محققان تحقیقات خود را به صورت 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

نباشد (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 غیرضاوت‌گر، 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، رهاسنگی یا شکست دارند (۱۵).

**حدودیت‌ها:** پژوهش حاضر با محدودیت‌های نیز مواجه بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام آن در نمونه کوچک اشاره نمود که قابلیت تعیین نتایج به سایر اشاره 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 به عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار سایر درمان‌ها مانند مشاوره‌های فردی و گروهی یا درمان‌های دارویی به کار 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 ناهمانگ 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

ممکن است به ویژه 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 پس‌ازمون کمک کنند و این تغییرات درمانی در مرحله پیگیری نیز ملندگار و پایدار بودند. 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 این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای، به ویژه 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 به عنوان یک مداخله مؤثر در شرایطی که تغییرات عمیق‌تری در سبک‌های مقابله‌ای افراد ضروری است، توصیه شود.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا 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 نویسنده‌گان

مصطفی حیدری نگارش مقاله و اصغر نوروزی ویراستاری مقاله را بر عهده داشتند و سامانه 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 (به ویژه 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. به عنوان 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، به ویژه 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 بین‌فردي 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, Kryszka 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, Fritzsche 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.