فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و دوم، ص۱۴۰-۱۱۳، زمستان ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 62, P 113-140, Winter 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءمصرف کننده مواد

عاطفه قوتی [۱]، مسعود آهوان [۲]، مصطفی بلقان آبادی [۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴

چکیده

هدف: باتوجه به شیوع روزافزون اعتیاد، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی‌شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءمصرف‌کننده مواد بود. **روش:** این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون – پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل در انتظار درمان بود. جامعه آماری این پژوهش سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی درمان سوء مصرف مواد در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود. پژوهش حاضر بر روی ۴۵ فرد در سه گروه طرحواره‌درمانی (۱۵نفر؛۲۰جلسه؛ جلسه۹۰دقیقه؛ هفته‌ای یکبار)، رفتاردرمانی‌شناختی (۱۵نفر؛ ۱۲جلسه؛ جلسه۹۰دقیقه؛ هفته‌ای یکبار) و کنترل در انتظار درمان (۱۵نفر) انجام گردید. گروه‌ها با استفاده از مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنسفکی (۲۰۰۱)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد (۱۹۹۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج بیانگر آن بود که طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در دو گروه آزمایش به طور معناداری موثر بودند و رفتاردرمانی شناختی در پس‌آزمون تاثیر بیشتری بر تاب‌آوری و ولع مصرف مواد و طرحواره درمانی تاثیر بیشتری در مرحله پیگیری در تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری و ولع مصرف افراد داشت ($P<۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین، هر دو روش طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی‌شناختی بر متغیرهای پژوهش در افراد سوءمصرف‌کننده مواد موثر هستند. اما، طرحواره‌درمانی اثر موثرتری در پیشگیری از بازگشت نشانگان در درازمدت دارد.

کلیدواژه‌ها: سوء مصرف مواد، تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان، ولع مصرف، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی شناختی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران
۲. نویسنده مسئول: گروه مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی خیام، مشهد، ایران. پست الکترونیک: Masood.ahvan@gmail.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد [1] یک بیماری در سطح بهداشت روانی می‌باشد که با مصرف موادی مانند (الکل، تنباکو، شاهدانه، دارو) باعث اختلال و پریشانی قابل توجه بالینی می‌شود (رسل [2] و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال سوء مصرف مواد، به اعتیاد به مواد مخدر و سوء مصرف مواد گفته می‌شود که با آسیب در سطح اجتماع، اقتصاد، قانونی و یا جسمی تعریف می‌شود (تایلر، گراهام، فلت، والدهر و فیتزسیمونز[3]، ۲۰۲۱). امروزه اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چالش‌های اساسی بشریت محسوب می‌شود. سال‌های زیادی می گذرد که بشریت به دنبال پاسخگویی در برابر این چالش جهانی به جهت ابتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت و ایدز می‌باشد (مرادی، اکبرزاده، فرنیا، علیخانی و عبدلی، ۱۳۹۹). اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری مزمن است که با چالش‌هایی در زمینه تسلط رفتاری روبه‌رو می‌باشد که منجر به ویرانی شخصیت در افراد می‌شود. یکی از مولفه‌هایی که می‌تواند موجب شکل گیری رفتارهای اعتیادی شود، میزان تاب‌آوری[4] است (فاچس، گلاد، هانسل، اسفسکی و اسفسکی[5]، ۲۰۲۱).

تاب‌آوری، به عنوان قابلیت فرد برای حفظ تعادل در برابر شرایط بسیار نامطلوب تعریف شده است و به عنوان یک پاسخ سازنده به رویدادهای استرس‌زای زندگی که موجب تسهیل عملکرد سالم می‌شود، در نظر گرفته می‌شود (پتزولد[6] و همکاران ،۲۰۲۰). مصرف مواد مخدر، نوعی رفتار آموخته شده میان تعامل عوامل فردی و بین فردی می‌باشد و زمانی که یک فرد با ویژگی‌هایی مانند سطح تاب‌آوری پایین، طردشدگی از طرف خانواده، اعتقادات و دیدگاه مثبت نسبت به مصرف مواد و تعامل با موقعیت‌ها و افرادی که نوعی مشوق مصرف مواد می‌باشند، بیشتر در معرض مصرف دخانیات قرار می گیرند؛ بنابراین، مصرف مواد به عنوان نوعی رفتار کنشی حاصل از تعامل میان عوامل فردی (تاب آوری و...) و میان فردی، تبیین و مفهوم سازی می‌شود (راواز، آمارال و هافر[7]، ۲۰۲۰). به

1. substance abuse disorder (SUD)
2. Ressel
3. Taylor, Graham, Flatt, Waldherr & Fitzsimmons-Craft
4. resilience
5. Fuchs, Glaude, Hansel, Osofsky & Osofsky
6. Petzold
7. Rawas, Amaral & Hofer

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

عنوان مثال، نتایج پژوهش یانگ، ژیا، هان و لیانگ[1] (۲۰۱۸) نشـــان می‌دهد که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد، رابطه معکوســـی وجود دارد. فاچس و همکاران (۲۰۲۱) به بررســـی رابطه بین تاب‌آوری در نوجوانان در معرض خطر مصـــرف مواد با اســـترس، افســـردگی و تاب‌آوری پرداختند و نتایج حاکی از ارتباط بین این متغیرها بود. بنابراین، یکی از مولفه‌های تاثیرگذار بر اعتیاد و مصرف مواد، تاب‌آوری می‌باشد. عواملی که منجر به تاب‌آوری افراد در برابر مصرف مواد مخدر می‌شوند، به طور کامل قابل درک نیستند. با این حال، هنگامی که افراد در بستر استرس‌های زندگی قرار می‌گیرند، سعی می‌کنند از طرق مختلف هیجان‌های خود را تنظیم کنند (بادی، مکوندی، بختیارپور و پاشـــا، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشـــان داده‌اند یکی از عوامل تاب‌آوری افراد در برابر مصـــرف مواد مخدر، مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان [2] است (سای[3] و همکاران، ۲۰۱۷). متغیر استراتژی‌های تنظیم شـــناختی هیجان مثبت به صـــورت مثبت و معنی‌دار متغیر تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کند و متغیر استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان منفی به صورت منفی و معنی‌دار قادر به پیش‌بینی متغیر تاب‌آوری اســـت و بین تنظیم شـــناختی هیجان با تاب‌آوری رابطه وجود دارد (باقجاری، سعادتی و اسماعیلی نسب، ۲۰۱۷).

تنظیم شـــناختی هیجان و تاب‌آوری دو عامل اصـــلی در افراد دچار ســـوءمصـــرف مواد شناخته شده‌اند (گرابی[4] و همکاران، ۲۰۲۰). افراد دارای سوءمصرف‌مواد با عدم درک و بینش درســـت از احســـاســـات و هیجانات خود، توانایی اتخاذ رفتارهای کارآمد، منطقی و صـــحیح را از دســـت می‌دهند، از طرف دیگر این اشـــخاص در به کارگیری صـــحیح این هیجانات دچار مشکل می‌شوند (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). این اشخاص در توجه به داده‌های مربوط به هیجان، درک کارآمدی آنها و مدیریت مطلوب آنها در بطن روابط میان فردی نیز با چالش‌هایی روبه‌رو هستند. این چالش‌ها، منجر می‌شود که شخص در موقعیت‌های بحرانی، توانایی حل‌مســـاله، تصـــمیم‌گیری و انتخاب رفتار کارآمد را از دســـت داده و به سمت رفتارهای مخرب جذب می‌شوند (شهبازی‌راد و محمدی، ۱۴۰۰). پژوهش‌ها بیانگر

1. Yang, Xia, Han & Liang
2. cognitive emotional regulation
3. Cai
4. Grabbe

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

این هستند که راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان، مثل سرزنش‌گری، فاجعه کردن و سرکوب کردن فکر، تاثیر زیان باری بر زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر دارد (مستر-باچ، فرناندز – آراندا، جیمنز – مارسیا و پوتنزا [1]، ۲۰۲۰). به عنوان مثال، بخشی از مطالعات نشان داده‌اندکه ارتباط قوی میان به کارگیری راهبردهای شناختی ویژه و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (پاتهوف [2] و همکاران، ۲۰۱۶). در فراتحلیلی از ۱۱۴ مطالعه انجام شده در ارتباط با آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اشاره شد که سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد ارتباط دارند (آلدائو، نولن – هوکسما و چویزر [3]، ۲۰۱۰). امکان این که مصرف مواد به مثابه یک راهبرد تنظیم شناختی هیجان جهت کاهش حالت هیجانی آزارنده اقدام کند، وجود دارد که در این صورت با ولع مصرف مواد می‌تواند همراه باشد.

از نکاتی که تاثیر زیادی در عود به مصرف مواد دارد، ولع (هوس و وسوسه) [4] مصرف است. مطالعه در رابطه با ارتباط اعتیاد و مفهوم ولع مصرف، سابقه‌ای دیرینه دارد (قلی زاده، قمری گیوی و صدری دمیرچی، ۱۴۰۰). در افراد سوء مصرف‌کننده مواد، محور اصلی شکایت، ولع شدید و اجتناب‌ناپذیر فرد نسبت به ادامه مصرف مواد می‌باشد؛ ویژگی که ریشه بارز در عود و چالش درمانی شناخته شده است (سانگ، زیلوراستاند، گای، لی و ژائو [5]، ۲۰۱۹). کلمه میل یا وسوسه در درک بسیاری از رفتارهای اعتیادی نقش تاثیرگذاری ایفا می‌کند. این کلمه جهت درک میزان بالای مصرف و عود مواد به کار گرفته می‌شود (چن، کاین، هی و ژو [6]، ۲۰۲۰). به عنوان مثال؛ پژوهشی نشان داده که وسوسه مصرف، نقش تاثیرگذاری در عود پس از درمان و تداوم مصرف و وابستگی نسبت به مواد دارد (ریس و ویلیوکس [7]، ۲۰۱۵). ولع، میل شدید و مقاومت در مصرف دخانیات است. چنانچه این میل ارضا نشود، رنج‌های روانی و جسمی مثل ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری و افسردگی ایجاد می‌شود. در فرایند درمان، افراد وابسته به مصرف مواد، پس

1. Mestre-Bach, Fernandez-Aranda, Jiménez-Murcia, Potenza
2. Potthoff
3. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
4. Craving
5. Song, Zilverstand, Gui, Li & Zhou
6. Chen, Qin, He, Zou
7. Reese, Veilleux

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

از رسیدن به حالت اجتناب، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان[1] دارند (اینکما، هالگرین، بوئن، لی و لاریمر[2]، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها در رابطه با افراد وابسته به مواد مخدر، حاکی از رابطه میان وسوسه و عود مصرف مواد، وسوسه و نتایج درمانی در مصرف‌کنندگان سیگار، وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد است (مارتینوتی[3] و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به توضیحات ارائه شده، دغدغه اثرات زیان‌بار دارویی، اجتماعی، قانونی و بهداشتی ناشی از سوءمصرف مواد، همچنین عواملی تاثیرگذار از قبیل، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری و ولع مصرف مواد، دنیا در حال حاضر نظاره‌گر فوریتی تازه جهت گسترش هر چه بیشتر و بهتر راهبردهای پیشگیری کارآمد می‌باشد. یکی از درمان‌های تاثیرگذار در زمینه مصرف مواد مخدر، طرحواره درمانی است. به گفته کریستن[4] (۲۰۱۲)، استفاده از مواد، حالت‌های غلط ناسازگاری را تشدید می‌کند. اثر روان گردان مواد اعتیادآور، سبک مقابله‌ای اجتنابی را تشدید می‌کند یا سبک جبران افراطی را بیشتر می‌کند، که منجر به تقویت رفتار اعتیادی می‌شود و زمینه رفتارهای ضداجتماعی را بیشتر می‌کند. اعتیاد، یک رفتار اجتنابی ناشی از اضطراب پنهان است. در حقیقت طرحواره درمانی پروتکلی برای درمان اعتیاد به صورت مستقیم ارائه نمی‌دهد اما با توجه به این که بر سبک‌های مقابله‌ای در افراد کار می‌کند، ممکن است بر کاهش رفتارهای اجتنابی و همچنین ولع مصرف مواد نیز موثر باشد (یانگ، کلوسک و ویشار[5]، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، نتایج پژوهش نخعی شامحمود، عرب و فرنام (۱۳۹۸) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به متادون؛ کناپیک و اسلانکوا[6] (۲۰۲۰) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر آسیب‌شناسی و ولع مصرف مواد؛ قندهاری و دهقانی(۱۳۹۶) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر میزان مصرف متادون؛ تاپیا [7] و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی زنان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد بود.

1. psychedelic
2. Enkema, Hallgren, Bowen, Lee & Larimer
3. Martinotti
4. Kersten
5. Young, Klosko, Weishaar
6. Knapík, Slancová
7 Tapia

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

از طرف دیگر رویکرد رفتار درمانی شـــناختی به عنوان یک درمان اســـتاندارد اختلال مصـرف مواد، مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و اصـول شـرطی سـازی کنشـگر اسـت. تمرکز رفتار درمانی شناختی، بر عوامل نگهدارنده رفتار اعتیادی و پیشگیری از عود است. از دیدگاه شناختی – رفتاری، اعتیاد ناشی از فشار روانی زیاد است که به دلیل شناخت‌های ناکارآمد ایجاد می‌شـود و از طریق متقاعد کردن خود با همین مفروضـه‌ها و شـناخت‌های ناکارآمد و همچنین رفتارهای اشـتباه و آسـیب‌رسـان همچون اعتیاد و گرایش به مصـرف باعث آرامش موقت و تداوم اعتیاد می‌شـود که در این صـورت اعتیاد به صـورت تقویت منفی افزایش پیدا می‌کند (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۴). این مداخلات شـــامل راهبردهای رفتاری جهت کاهش شـــدت رفتارهای اعتیادی، مهارت‌های انطباقی جهت رویارویی با ولع مصـــرف، برانگیختگی و حالت‌های خلقی منفی، مهارت‌های ابراز وجود جهت مدیریت فشـــارهای اجتماعی، آموزش روانی خانوادگی و دسـتکاری محیطی و همچنین راهبردهای شـــناختی جهت افزایش باورهای خودکارآمدی و تعدیل انتظارات مرتبط با رفتارهای اعتیادی اســـت. به عنوان مثال، پژوهش‌ها از اســـتفاده از رفتار درمانی شـــناختی در مصـــرف مواد (پولاک، میر، نیل و ریس وبر[1]، ۲۰۲۰)، در انواع رفتارهای اعتیادی از جمله مصرف نادرست الکل (دینگل، گلیدهیل و باکر[2]، ۲۰۰۸)؛ مواد اپیوئیدی (پان[3] و همکاران، ۲۰۱۵) بر افراد وابسته به متادون (اسحاقی فرهمند، احدی، کلهرنیاگل کار و صـداقت، ۱۳۹۹) حمایت می‌کنند. بسـته‌های درمانی زیادی با رویکرد شـناختی رفتاری وجود دارد که هدف آن‌ها، آموزش مهارت‌های کلی جهت مدیریت عوامل اســـترس‌زای زندگی و عاطفه منفی (از جمله مهارت تعامل فعال و ارزیابی مجدد شـــناختی) و همچنین آموزش اختصـــاصـــی برای ولع مصـــرف (مثل رد کردن مصـــرف و کنترل محرک‌ها) در پیشگیری از رفتارهای اعتیادی است (راس، بوئن و ویتکیویتز[4]، ۲۰۱۷).

باوجود تحقیقات در تائید اثربخشـــی برنامه‌های درمان شـــناختی رفتاری در درمان اختلالات سوء مصرف مواد، این برنامه‌ها نقایصی هم دارد. طبق نظر یانگ (۲۰۰۳) برخی

1. Polak, Meyer, Neale, Reisweber
2. Dingle, Gleadhill & Baker
3. Pan
4. Roos, Bowen & Witkiewitz

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

بیماران که تحت درمان اختلالات سوء مصرف مواد با استفاده از رفتار درمانی شناختی کلاسیک بوده‌اند، نتوانسته‌اند روند درمان را پشت سر گذارند و یا به محض پایان درمان، مشکلات‌شان عود کرده است (کارتر[1] و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، تنها ۵۰-۴۰ درصد از مبتلایان به اختلالات ناشی از مصرف مواد با اولین دوره درمان بهبود یافته و برخی با وجود اتمام جلسات درمان به نتایج ضعیفی از آن رسیده‌اند. علاوه بر این، مزمن بودن اختلال نیز اثربخشی این برنامه‌ها را محدود کرده است (هالان[2] و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین این افراد یکسری ویژگی‌های فردی داشتند که درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز نیست. از جمله این که چنین افرادی مشکلات بین‌فردی زیادی دارند و نمی‌توانند رویکرد مشارکتی – تجربی درمان را بپذیرند و نقش فعالی در فرآیند درمان داشته باشند (والر، کندنی و اوهانیان[3]، ۲۰۰۷). برخی هم نمی‌توانند تکنیک‌های شناخت درمانی را به کار ببندند یا انگیزه چندانی برای ادامه درمان ندارند. برخی دیگر، دارای عقاید به شدت دیرپایی بودند که به راحتی نمی‌توانند از آن رهایی یابند (بک و بک[4]، ۲۰۱۱). عده‌ای نیز مشکلات بسیار مبهم و پیچیده‌ای دارند که در عمل، تمرکز بر مشکلات اختصاصی در فرایند درمان را با مانع مواجه می‌کند (والر و همکاران، ۲۰۰۷). وجود این مشکلات در فرآیند درمان و دیگر محدودیت‌های اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک در اختلالات ناشی از مصرف مواد و نیز تاثیر روزافزون این مساله که اختلال ناشی از مصرف مواد مزمن و عود کننده می‌باشد، باعث شده است تا متخصصان بالینی از طرحواره درمانی در درمان اختلال ناشی از سوءمصرف مواد بهره گیرند (کارتر و همکاران، ۲۰۱۳)؛ چرا که یانگ با توجه به تجربه چنین مشکلاتی در فرآیند درمان شناختی رفتاری کلاسیک، طرحواره درمانی را ابداع کرد. همچنین، یانگ روش طرحواره درمانی را برای بیمارانی تدوین کرد که به رفتار درمانی شناختی کلاسیک پاسخی نمی‌دادند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). رویکرد طرحواره درمانی برعکس شناخت درمانی، در سطوح شناخت، حرکت پایین به بالا را اتخاذ می‌کند. به عبارت دیگر، در فرآیند درمان ابتدا کار را از سطح بنیادین یعنی طرحواره‌ها شروع

1. Carter
2. Hollon
3. Waller, Kennerley & Ohanian
4. Beck & Beck

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

می‌کند و به تدریج طرحواره‌ها (باورهای مرکزی) را به شـــناخت طرحواره‌های قابل دسترسی چون افکار خودآیند منفی ربط می‌دهد (هالان و همکاران، ۲۰۰۹).

باتوجه به نقایص و محدودیت‌های رویکرد درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات ســوء مصــرف مواد و با توجه به این که عمده تمرکز این درمان بر افکار خودآیند منفی و اصـــلاح آن می‌باشـــد و تمرکز اصـــلی روش طرحواره درمانی بر تعدیل باورهای بنیادین ناسازگار افراد است، پس خلا پژوهشی در این زمینه وجود دارد، سوال اصلی این پژوهش این می‌باشد که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب¬آوری، تنظیم شـناختی هیجان و ولع مصـرف در افراد سـوء مصـرف‌کننده مواد تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضـــر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش سـوء مصـرف کنندگان مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی درمان سوء مصرف مواد در شهر مشهد در طی سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌گیری از جامعه مورد نظر به روش در دســـترس صـــورت گرفت. باتوجه به این که در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر در هر گروه قابل تایید می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۳) و با توجه به ماهیت آموزشی پژوهش حاضر، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش در پیش‌آزمون، تعداد افراد نمونه به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. جمع‌آوری داده‌ها در چهار مرحله قبل‌ازمداخله، پس‌ازمداخله، ۱ماه‌بعد، و ۳ ماه‌بعد انجام گردید. تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون[2] (۲۰۰۱) در کشور هلند تهیه شده و دارای دو بخش انگلیسی و هلندی می‌باشد. برخلاف دیگر مقیاس‌های مقابله‌ای که به طور واضح میان افکار فرد و اعمال واقعی شخص تمایز گذاشته نمی‌شوند، این مقیاس افکار فرد را بعد از مواجهه با یک تجربهٔ منفی یا موقعیت آسیب‌زا بررسی می‌کند. اجرای این مقیاس بسیار ساده می‌باشد و برای اشخاص ۱۲ سال به بالا (هم افراد عادی و هم افراد بالینی) قابل استفاده می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان، از ۹ خرده مقیاس (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجهٔ مجدد مثبت، توجهٔ مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) و ۳۶ بخش ساخته شده است. هر پرسش، از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) ارزیابی می‌شود. امتیازات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفادهٔ بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد. سوالات این پرسشنامه، راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی را می‌سنجد. برعکس سایر پرسشنامه های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال در واقعیت تمیز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد بعد از یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا که شامل ۵ راهبرد مثبت و ۴ راهبرد منفی است را می‌سنجد و دارای یک نمره کل نیز در راهبردهای مثبت و منفی است. نمره‌ی هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هریک از عبارات تشکیل دهنده‌ی آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد. به جز این، راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر رفتار و مصیبت بار تلقی کردن، در جمع با یکدیگر، راهبردهای (منفی) تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، بازارزیابی مثبت و درجای حقیقی خود قرار دادن، بر روی هم راهبردهای (مثبت) تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید که بیانگر

1. cognitive emotion regulation behavior scale (CERQ)

2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ی ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای دو زیر مولفه کلی مثبت و منفی این پرسشنامه در نمونه ایرانی در دامنه بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (حسنی، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ دو مولفه کلی مثبت و منفی نسخهٔ فارسی مقیاس تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ به دست آمد که نشان از مطلوبیت روایی ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

۲. مقیاس تاب‌آوری[1]: مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در راستای سنجش قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی شده و دربردارنده ۲۵ سوال می‌باشد که هر پرسش در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. مقیاس مذکور می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور از گروه بالینی و غیربالینی تفکیک کند و در شرایط پژوهشی و بالینی به کار گرفته شود. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای این پرسشنامه به خوبی مطرح شده است. روایی سازه این مقیاس براساس تحلیل عاملی تاییدی برای هر ده سوال بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است (بشارت، ۱۳۸۶). محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران ترجمه و پایایی آن را گزارش کرده است. وی مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را ۰/۸۷ به دست آورد. در پژوهش حاضر، براساس همسانی درونی، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

۳. پرسشنامه کوتاه ولع مصرف مواد[2]: این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی ۸ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله سوموزا، دیرنفورث، گلداسمیت، مزینسکی و کوهن[3] (۱۹۹۵) طراحی شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) سنجش می‌کند. دامنه نمره بین صفر تا ۳۲ در

1. Resilience Scale (CD-RISC)
2. Brief Substance Craving Scale
3. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith, Mezinskis & Cohen

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

نوسان است و نمره بیشتر به معنای ولع مصرف مواد بیشتر است. این مقیاس همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ بیان شده است (به نقل از بشرپور و عباسی، ۱۳۹۳). بشرپور (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۸ مطرح کرده است. همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از مطلوبیت روایی ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

روش اجرا

برای شروع مطالعه، در مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد در مشهد که شرایط مداخله و آموزش را داشت، اطلاع رسانی شد و از میان جامعه مورد نظر که در این مرکز پرونده داشتند و جهت شرکت در پژوهش اظهار تمایل کرده بودند، لیستی تهیه شد. در مرحله بعد، جهت انتخاب نمونه، ۴۵ نفر به شیوه در دسترس با غربالگری به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته، انتخاب و پس از توجیه پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه (تمایل به شرکت در مطالعه، دامنه سنی ۴۰-۱۸ سال، تحصیلات حداقل دیپلم) و خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جسمی یا سایر اختلالات روانپزشکی به طور همزمان با تشخیص روان درمانگر، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه در گروه‌های مداخله) انتخاب و سپس به صورت تصادفی به سه گروه طرحواره درمانی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل تخصیص داده شدند. با رعایت اصل رازداری و اخذ رضایت کتبی، پیش‌آزمون اجرا گردید. در این پژوهش، طرحواره درمانی براساس مدل طراحی شده یانگ و همکاران (۲۰۰۶)، طی ۲۰ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار و رفتار درمانی شناختی براساس رویکرد مایکل فری[1] (۱۳۹۷) در طی ۱۲ جلسه گروهی به مدت ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یک‌بار در مرکز درمان سوء مصرف مواد در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ اجرا گردید. شرح جلسات طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی به ترتیب در جدول ۱ و ۲ آمده است. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان جمع‌آوری داده‌ها، تحت درمان‌های مذکور قرار بگیرند.

1. Free

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	آماده کردن و ایجاد اهداف، آشنایی با افراد گروه، خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ اقدام برای شناخت یکدیگر؛ تفکر و احساس؛ قدیس بودن؛ معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف جهت انجام در جلسهٔ آینده.
دوم	مرور تکلیف جلسهٔ اول؛ نظریهٔ شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسهٔ آینده.
سوم	مرور تکالیف جلسهٔ قبل؛ تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف جهت انجام در جلسهٔ بعد.
چهارم	مرور تکلیف جلسهٔ قبل؛ سخنرانی: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسهٔ بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسهٔ قبل؛ تهیهٔ فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیهٔ فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت‌کنندگان، تغییر کرده‌اند؛ آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده.
هفتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ تحلیل سودمندی، تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده
هشتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف جهت انجام در جلسهٔ بعد.
نهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ تهیه سلسله مراتب؛ تمرین تهیه حداقل یک سلسله مراتب، باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف جهت انجام در جلسهٔ بعد.
دهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ بازداری قشری اختیاری؛ تمرین: بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف جهت انجام در جلسه بعد.
یازدهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ تنبیه خود – خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود – خود پاداش‌دهی: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تکلیف جهت انجام در جلسه بعد.
دوازدهم	بررسی تکلیف؛ بررسی برنامه؛ برنامه‌ای جهت پیگیری و ارزیابی بعد از درمان؛ برنامه اختتامیه

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

جدول۲: ساختار جلسات طرحواره درمانی

جلسات	محتوا
جلسات ۱ تا ۲	شکل‌گیری رابطه متقابل، آموزش رویکرد طرحواره درمانی، اخذ رضایت نامه آگاهانه، تحویل پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش
جلسات ۳ تا ۶	سنجش مشکلات افراد، سنجش سبک‌های مقابله‌ای، مفهوم‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی و تکمیل فرم مفهوم پردازی جلسات
جلسات ۷ تا ۱۰	به کارگیری تکنیک‌های شناختی در راستای تردید و بی‌اعتبارسازی طرح واره‌های غالب مراجع (بررسی شواهد، سنجش سبک‌های مقابله‌ای، گفتگو میان جنبه طرحواره و سالم و کارت‌های آموزشی)
جلسات ۱۱ تا ۱۵	به کارگیری تکنیک‌های تجربی در راستای آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی (شروع تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی)
جلسات ۱۶ تا ۲۰	تشویق و ایجاد انگیزه در مراجع در راستای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد جهت ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی، و واداشتن فرد به آماده ساختن فهرستی ازمهارت‌های ارائه‌شده در درمان و پیشگیری از عود.

یافته‌ها

نتایج نشان داد ٪۸۸ (۴۰نفر) شرکت کنندگان آقا و ۱۲٪ (۵نفر) آن‌ها خانم با میانگین سنی ۳۴/۳ و انحراف معیار ۵/۳ بودند. شاخص‌های توصیفی مقیاس ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجانی و تاب‌آوری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری در طی مراحل آزمون

متغیر	طرحواره درمانی			رفتاردرمانی شناختی			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری بعد از ۱ ماه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری بعد از ۱ ماه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری بعد از ۳ ماه	پیگیری بعد از ۱ ماه	پیگیری بعد از ۳ ماه
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
ولع مصرف	۲۴/۲۴ (۴/۲۰)	۱۹/۳۴ (۳/۸۹)	۱۷/۲۷ (۳/۳۳)	۱۵/۸۰ (۳/۱۲)	۲۳/۳۲ (۵/۶۰)	۱۶/۳۴ (۳/۷۰)	۱۶/۱۶ (۳/۷۰)	۱۶/۱۷ (۳/۷۰)	۲۴/۴۵ (۴/۸۰)	۲۵/۲۵ (۵/۳۰)	۲۵/۸۷ (۵/۹۷)
تنظیم شناختی هیجان مثبت	۴۳/۳۵ (۱۲/۵۴)	۵۸/۲۳ (۱۵)	۵۹ (۱۵/۱۲)	۶۲/۲۳ (۱۶/۱۳)	۴۴/۴۵ (۱۲)	۵۱/۵۰ (۱۴/۱۳)	۵۲/۲۶ (۱۴/۱۳)	۵۲/۵۳ (۱۴/۱۴)	۴۲/۲۳ (۱۲/۶۷)	۴۳/۳۴ (۱۲/۶۷)	۴۳ (۱۲/۶۹)
تنظیم شناختی هیجان منفی	۶۰/۵۹ (۹/۱۴)	۵۲/۱۵ (۱۱/۱۰)	۵۰/۲۲ (۱۲/۱۰)	۴۸/۴۰ (۱۲/۲۲)	۶۱ (۹/۱۰)	۵۵/۴۴ (۱۰/۱۰)	۵۴/۲۳ (۱۰/۲۳)	۵۴ (۱۰/۴۵)	۵۹/۴۶ (۸/۷۸)	۵۹/۴۵ (۸/۷۸)	۵۹/۴۸ (۸/۷۸)
تاب آوری	۴۴/۴۳ (۷/۳۲)	۵۰/۳۴ (۶/۵۴)	۵۸/۵۷ (۴/۴۵)	۵۸ (۴/۳۴)	۴۳/۲۳ (۷/۴۹)	۵۳/۴۵ (۵/۴۵)	۵۴/۲۳ (۵/۳۲)	۵۴/۴۹ (۵/۲۰)	۵۴/۴۴ (۷/۲۳)	۵۴ (۷/۳۹)	۵۳/۵۲ (۷/۳۰)

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

باتوجه به وجود چندمتغیر وابسته، به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری پیش فرض‌های استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۴، همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند.

جدول ۴: آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		آماره z	معناداری	آماره z	معناداری	آماره z	معناداری
ولع مصرف	طرحواره درمانی	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۶
	رفتاردرمانی شناختی	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۶
	کنترل	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۱۵
تنظیم شناختی هیجان مثبت	طرحواره درمانی	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۱۶
	رفتاردرمانی شناختی	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۶
	کنترل	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۱۶
تنظیم شناختی هیجان منفی	طرحواره درمانی	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۱۵
	رفتاردرمانی شناختی	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۶
	کنترل	۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۶
تاب آوری	طرحواره درمانی	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۱۵
	رفتاردرمانی شناختی	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۱۵
	کنترل	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۱۶

یکی دیگر از پیش فرض‌های مهم، رعایت پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس است که برای بررسی آن از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است (M=۸۹/۱۴، F =۱/۴۵، P>۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در پیش‌آزمون (F=۲/۱۰، P=۰/۰۹)، پس‌آزمون (F=۰/۵۱، P=۰/۰۹)، پیگیری بعد از ۱ ماه (P=۰/۱۱، F=۱/۲۰) و پیگیری بعد از ۳ ماه (F=۱/۱۱، P=۰/۰۷) برای متغیر ولع مصرف نشان دهنده همگنی واریانس بود (P>۰/۰۵). همچنین، نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

پیش‌آزمون (F=۱/۲۱، P=۰/۰۷)، پس‌آزمون (F=۲/۱۱، P=۰/۰۹)، پیگیری بعد از ۱ ماه (F=۱/۷۷،P=۰/۰۸) و پیگیری بعد از ۳ ماه (F=۱/۳۲، P=۰/۰۸) برای متغیر تاب‌آوری نشان دهنده همگنی واریانس بود (P>۰/۰۵). نتایج معنادار آزمون لوین در پیش‌آزمون (F=۱/۴۵، P=۰/۰۲)، و نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در پس‌آزمون (F=۱/۲۵، P=۰/۰۷)، پیگیری بعد از ۱ ماه (F=۱/۴۳، P=۰/۰۶) و پیگیری بعد از ۳ ماه (F=۲/۷۸، P=۰/۰۷) برای متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی نشان دهنده همگنی واریانس بود (P>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون لوین در پیش‌آزمون (F=۱/۱۰، P=۰/۰۱)، پس‌آزمون (F=۱/۲۱، P=۰/۰۲)، پیگیری بعد از ۱ ماه (F=۱/۷۵،P=۰/۰۸) و پیگیری بعد از ۳ ماه (F=۲/۱۱، P=۰/۰۷) برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت نشان داد که همگنی واریانس برای این متغیر در مرحله پیگیری بعد از ۱ ماه و ۳ ماه غیرمعنادار بود اما در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود و همگنی واریانس برقرار نبود. بنابراین، برقرار نبودن پیش فرض همگنی ماتریس واریانس – کوواریانس و همچنین همگنی واریانس برای متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی در مرحله پیش‌آزمون و برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکل‌ساز نیست، زیرا با توجه به حجم نمونه کافی، آزمون تحلیل واریانس نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. از دیگر پیش‌فرض‌ها می‌توان به پیش‌فرض کرویت اشاره کرد.

براساس نتایج، پیش‌فرض کرویت برای متغیر ولع مصرف (آماره موخلی=۰/۸۳، p<۰/۰۰۱)، تاب‌آوری (آماره موخلی=۰/۷۴، p<۰/۰۰۱)، تنظیم شناختی هیجان مثبت (آماره موخلی=۰/۵۶، p<۰/۰۰۱)، تنظیم شناختی هیجان منفی (آماره موخلی = ۰/۴۷، p<۰/۰۰۱) برقرار بود. همچنین، نتایج نشان داد که اثر اصلی درمان شناختی رفتاری و طرحواره معنادار است و بین گروه‌ها حداقل در ارتباط با یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (اثرات پیلایی =۰/۵۱، p<۰/۰۰۱، F(۱۴۸,۴) =۱۱/۲۷) و ۲۹ درصد تفاوت‌های مشاهده شده مربوط به عضویت گروهی یا اثرات این مداخلات است. به علاوه، اثر تعامل بین زمان و اثر گروهی نیز معنادار بود (اثر پیلایی =۰/۴۷، p<۰/۰۰۱، F(۱۴۸,۴) =۱۰/۹) و ۲۵ درصد تفاوت بین گروه‌های

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

آزمایش و کنترل در طی زمان اســت. بنابراین، برای تعیین تفاوت‌ها بین متغیرهای وابســته، نتایج مقایسه با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

منبع	مقیاس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	اندازه اثر
عامل درون آزمودنی	تاب‌آوری	۵۱۲۳/۲۱۰	۲	۴۳/۲۱	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
	ولع مصرف	۴۳۵۶/۳۷۶	۲	۴۰/۴۴	*۰/۰۰۱	۰/۴۳
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۲۴۵۱/۱۲۴	۲	۳۸/۱۲	*۰/۰۰۱	۰/۵۳
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۲۳۱۴/۲۴۲	۲	۳۵/۱۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
تعامل درون آزمودنی و گروه	تاب‌آوری	۵۴۵/۲۳	۴	۱۹/۵۴	*۰/۰۰۱	۰/۲۶
	ولع مصرف	۴۸۹/۱۳	۴	۱۷/۳۲	*۰/۰۰۱	۰/۳۸
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۲۳۵/۲۱	۴	۹/۹۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۸
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۱۹۸/۱۴	۴	۷/۴۳	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
خطا	تاب‌آوری	۹۷/۸۹	۲۳/۱۲			
	ولع مصرف	۹۱/۴۳	۱۴/۱۷			
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۸۷/۲۳	۱۱/۱۴			
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۸۳/۸۰	۱۳/۱۲			

* P<۰/۰۰۱

مطابق جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس بیانگر اثربخشــی معنادار مداخله‌های رفتاردرمانی شـناختی و طرحواره درمانی بر متغیر تاب‌آوری، ولع مصـرف، تنظیم شـناختی هیجان مثبت و منفی در طی زمان بود (P<۰/۰۰۱). به علاوه، تعامل مداخله‌های درمان شـناختی رفتاری و طرحواره درمانی در طی زمان و گروه بر متغیر تاب‌آوری، ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی نیز معنادار بود (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

جدول ۶: آزمون اثرات بین گروهی

منبع	مقیاس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	اندازه اثر
گروه	تاب آوری	۹۲۸/۱۲	۲	۷/۸۷	*۰/۰۰۱	۰/۲۴
	ولع مصرف	۸۷۹/۱۱	۲	۶/۹۵	*۰/۰۰۱	۰/۳۸
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۴۳۲/۱۲	۲	۴/۳۲	*۰/۰۰۲	۰/۲۵
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۳۸۷/۴۲	۲	۳/۷۸	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
خطا	تاب‌آوری	۲۴۲/۱۱	۳۷			
	ولع مصرف	۱۷۸/۵۱	۳۷			
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۷۲/۵۱	۳۷			
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۶۸/۵۴	۳۷			

به منظور بررسی تفاوت نمرات هر کدام از متغیرهای وابسته بین دو گروه‌های آزمایش و کنترل، نتایج آزمون اثرات بین گروهی در جدول ۶ گزارش شده است. نتایج برای متغیر تاب‌آوری بیانگر تفاوت معنی دار (F=۷/۸۷، P<۰/۰۰۱) و اندازه اثر ۲۴ درصد، برای متغیر ولع مصرف بیانگر تفاوت معنی‌دار (F=۶/۹۵، P<۰/۰۰۱) و اندازه اثر ۳۸ درصد، برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت بیانگر تفاوت معنی‌دار (F=۴/۳۲، P<۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۲۵ درصد و برای متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی بیانگر تفاوت معنی‌دار (F=۳/۷۸، P<۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۲۷ درصد بود. به منظور مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: مقایسه های زوجی میانگین نمرات بین گروه‌ها

متغیر	گروه یک	گروه دو	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
تاب آوری	درمان شناختی	طرحواره درمانی	-۳/۴۵	۲/۳۱	۰/۰۰۲
	رفتاری	کنترل	-۷/۵۴	۳/۴۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان شناختی رفتاری	۳/۴۵	۱/۲۳	۰.۰۰۲
		کنترل	-۶/۵۴	۳/۲۳	۰/۰۰۱
ولع مصرف	درمان شناختی	طرحواره درمانی	-۴/۱۶	۳/۱۲	۰/۰۰۴
	رفتاری	کنترل	-۶/۲۴	۵/۷۶	۰/۰۰۱

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

جدول ۷: مقایسه های زوجی میانگین نمرات بین گروه‌ها

متغیر	گروه یک	گروه دو	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
	طرحواره درمانی	درمان شناختی رفتاری	۴/۱۶	۳/۳۳	۰/۰۰۴
		کنترل	-۵/۲۱	۴/۴۹	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی	درمان شناختی	طرحواره درمانی	-۳/۲۳	۲/۷۶	۰/۰۰۳
هیجان مثبت	رفتاری	کنترل	-۸/۷۱	۷/۵۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان شناختی رفتاری	۳/۲۳	۲/۲۲	۰/۰۰۳
		کنترل	-۷/۶۳	۶/۴۳	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی	درمان شناختی	طرحواره درمانی	۲/۴۴	۱/۱۱	۰/۰۰۱
هیجان منفی	رفتاری	کنترل	-۶/۶۳	۴/۴۴	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	درمان شناختی رفتاری	-۲/۴۴	۱/۲۱	۰/۰۰۱
		کنترل	-۵/۴۳	۳/۳۷	۰/۰۰۱

مطابق با جدول ۷، مقایسه بین دو روش طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی نشان داد که رفتار درمانی شناختی در ولع مصرف، تاب‌آوری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با طرحواره درمانی موثرتر است ولی در مرحله پیگیری بعد از یک‌ماه و سه‌ماه، طرحواره درمانی در تمامی مولفه‌های حاضر در این پژوهش عملکرد موثرتری داشته است (P<۰/۰۰۱). همچنین، در متغیر تنظیم شناختی هیجان، طرحواره درمانی در پس‌آزمون و پیگیری بعد از یک‌ماه و سه‌ماه نسبت به رفتاردرمانی شناختی موثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری در افراد سوء مصرف کننده مواد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری در افراد سوء مصرف‌کننده مواد مخدر در افراد شرکت کننده موثر است. از سوی دیگر، مقایسه بین دو روش طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی نشان داد که رفتار درمانی شناختی در ولع مصرف، تاب‌آوری در

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با طرحواره درمانی موثرتر است ولی در مرحله پیگیری بعد از یک‌ماه و سه‌ماه، طرحواره درمانی در تمامی مولفه‌های حاضر در این پژوهش عملکرد موثرتری داشته است. همچنین، در متغیر تنظیم شناختی هیجان، طرحواره درمانی در پس‌آزمون و پیگیری بعد از یک ماه و سه ماه نسبت به رفتاردرمانی شناختی موثرتر بوده است. نتایج این پژوهش از جهت تاثیرگذاری درمان شناختی رفتاری در پس آزمون نسبت به طرحواره درمانی در متغیر (تاب‌آوری و ولع مصرف مواد) و تاثیرگذاری بیشتر طرحواره درمانی در دوره پیگیری با پژوهش پولاک و همکاران (۲۰۲۰)، به جهت تاثیر درمان شناختی رفتاری برای تاب‌آوری در افراد مصرف کننده مواد مخدر با پژوهش دینگل و همکاران (۲۰۰۸)، به جهت تاثیر درمان شناختی رفتاری بر میزان مصرف افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با پژوهش پان و همکاران (۲۰۱۵)، به جهت تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تداوم و ولع مصرف مواد؛ با پژوهش کناپیک و اسلانکوا (۲۰۲۰)، به جهت تاثیر طرحواره درمانی بر سبک های مقابله‌ای افراد مصرف کننده مواد با پژوهش اسحاق فرهمند و همکاران (۱۳۹۹)، همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف مواد می‌توان گفت که مداخله شناختی–رفتاری، با آموزش مهارت‌های مقابله موثر می‌تواند به افراد معتاد کمک کند. با این آموزش‌ها افراد اطمینان پیدا می‌کنند که می‌توانند با موقعیت‌های وسوسه برانگیز برای مصرف مجدد مقابله کنند. بنابراین، مشخص می‌شود که افرادی که این مهارت‌ها را یاد می‌گیرند در مقایسه با افرادی که این مهارت‌ها را آموزش ندیده‌اند، کمتر در خطر ولع مصرف مواد قرار می‌گیرند (مارمانی، پانی، پاسینی و پراگی[1]، ۲۰۰۷). در مقایسه با این افراد، کسانی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر خواهند توانست بر شرایط، کنترل داشته باشند و احتمال ولع مصرف مواد بیش‌تر خواهد بود. درمان شناختی–رفتاری برای این افراد به منظور بیان و سهیم شدن در تجارب فردی، مطرح می‌شود. از دیگر علل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل

1. Maremmani, Pani, Pacini & Perugi

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری می‌توان گفت که درمان شناختی–رفتاری، می‌تواند فضایی را ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده، ویژگی‌های دفاعی سالم و رشد یافته بارور شوند. درمان شناختی–رفتاری به وسیله شکل‌گیری همدلی، شنیده شدن، حمایت، ابراز احساسات و سهیم‌شدن در تجارب همدیگر منجر به عدم گرایش به سمت اعتیاد می‌شود (کومر[1]، ۲۰۱۶). سهیم شدن در تجربه، دلگرمی و امکان ابراز احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی منجر به پیشرفت رابطه با دیگران می‌شود. شرکت در جلسات آموزش درمان شناختی–رفتاری امکان رابطه میان همتایان را گسترش داده و محیطی شکل می‌دهد که در آن مسائل اشخاص نه تنها شنیده و فهمیده می‌شوند، بلکه برای رفع آن‌ها تمام اعضاء سهیم شده و مورد حمایت یکدیگر قرار می‌گیرند. سرانجام، حل‌مسئله و برنامه‌ریزی در طول جلسات می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری موثر باشد. درمان شناختی رفتاری فرد را توانمند می‌کند تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند (رهبرکرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبرکرباسدهی، ۱۳۹۸). به طورکلی، درمان شناختی–رفتاری با درگیر کردن افراد در روش‌های مشارکت و تعاملی و آموزش این که به چه صورت فکر کنند به جای این‌که به چه موضوعی فکر کنند، ابزار قوی جهت یادگیری سه حوزهٔ مهارت‌های شناختی، اجتماعی و بین‌فردی و مهارت‌های سازگاری هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نسبت به گروه طرحواره درمانی در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد.

در تبیین اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی در دوره پیگیری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف مواد مخدر، می‌توان گفت براساس دیدگاه روان‌پویایی، ولع مصرف مواد در اشخاصی صورت می‌گیرد که در برآورده کردن نیازها و احساسات خود دچار مشکل هستند. براساس این رویکرد ولع مصرف مواد زمانی صورت می‌گیرد که

1. Comer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

شخص از آشوب درونی زیادی رنج ببرد و دل‌مشغول مسائل جسمانی شده و برای این که احساس آرامش و حمایت شدن کند، به سمت و سوی مصرف مواد می‌رود و به مرور زمان این موضوع آموخته می‌شود که وسیله‌ای جهت حل و فصل حالت‌های هیجانی ناخوشایند و مبهم وجود دارد که این امر در اثر شکل‌گیری طرحواره‌ها به دلیل تامین نیازهای اولیه، به وجود می‌آید (خنجری و خواجه‌وند، ۱۳۹۹). در حقیقت رفتارهایی مانند ولع مصرف مواد در جهت کاهش هیجانات منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شوند. به بیان دیگر، تجربه‌های آسیب‌زا یا منفی ابتدایی منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های اولیه می‌شود که گاها با مقاومت در برابر تغییر، همراه است. به علاوه چنین باورهایی ممکن است با آسیب‌شناسی مصرف مواد به وسیله منزوی کردن فرد برای جبران طرحواره ارتباط داشته باشد (محمودیان دستنایی، امیری، نشاط دوست و منشئی، ۱۳۹۸). باتوجه به دیدگاه یانگ، فعال‌سازی طرحواره رها شدگی، منجر به افزایش مصرف مواد به عنوان راهی جهت اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن می‌شود، در واقع رفتارهای اعتیادی، ممکن است به منظور کاهش خودآگاهی فرد نسبت به هیجانات غیرقابل تحمل مربوط به الگوها باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). چنانچه والر و همکاران (۲۰۰۷) اشاره داشته‌اند، از طریق فرایندهای تداوم طرحواره می‌توان ولع مصرف را تشخیص داد. در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند با اصلاح طرحواره‌های آسیب‌زا سیکل معیوبی که منجر به تداوم طرحواره‌های ناسازگار می‌شود را بشکند و باعث کاهش رفتاری مرتبط به مصرف در تداوم زمان شود. از طرف دیگر، طرحواره درمانی از آنجا که رویکردی یکپارچه است و ترکیبی از درمان شناختی رفتاری، گشتالت، مدل‌های درمانی روان‌پویشی و بین‌فردی است و تاثیر قابل توجهی بر روابط درمانی، هیجانات و تجارب اولیه زندگی دارد، باعث اجتناب راحت‌تر بیمار از عواطف آسیب‌زای مربوط به طرحواره می‌شود، بنابراین بیمار مجبور نیست برای مقابله با هیجان منفی به راهبردهای نامناسبی همچون ولع مصرف روی بیاورد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بیشتر در دوره پیگیری نسبت به درمان شناختی رفتاری می‌توان گفت که در اصل طرحواره درمانی با آموزش و ارائه بینش به شخص از

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

تداوم طرحواره‌های ناکارآمد و ناسازگار پیشگیری می‌کند. همچنین تکنیک‌های هیجانی طرحواره درمانی، در تعدیل طرحواره‌ها و کنترل رفتارهای ناکارآمد هیجانی موثر است. تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار می‌باشد و طرحواره‌های اولیه می‌توانند در این شرایط تحریک شوند؛ بنابراین، طرحواره درمانی با توجه به در معرض قرار گرفتن افراد دچار سوء مصرف مواد با علائم ولع مصرف در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرحواره‌های اولیه قادر هستند در افزایش تاب‌آوری این گروه از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد موثر باشد. همچنین، طرحواره درمانی با توجه به ارائه برنامه شناختی–رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرحواره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییرشان را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می شود؛ چرا که تاب‌آوری، شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (بلات و وستنبرگ[1]، ۲۰۱۹).

در تبیین اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی–رفتاری در تنظیم شناختی هیجان مطابق با نظریه رنر[2] و همکاران (۲۰۱۸) می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند با به کارگیری شناخت درمانی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند (بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸). بر همین اساس طرحواره درمانی با جانشین کردن راهبردهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات زندگی می‌تواند به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات منجر شود (پاگ[3]، ۲۰۱۵). در واقع، طرحواره درمانی آگاهی ایجاد می‌کند و آگاهی باعث کاهش استفاده از راهبردهای هیجانی ناکارآمد می‌شود و در درجه دوم، طرحواره با از بین بردن راهبردهای اجتنابی، تغییر ایجاد می‌کند. در واقع رفتار درمانی شناختی درمانی کوتاه مدت بوده که به زمان حال می‌پردازد و مشکلات کنونی افراد از قبیل مصرف مواد و اعتیاد را بررسی می‌کند. درمان شناختی رفتاری به‌طور مستقیم روی اعتیاد، نشانگان آن، افکار مربوطه، مفروضه‌ها، باور بنیادین و رفتار فرد می‌پردازد و سعی

1. Blöte & Westenberg
2. Renner
3. Pugh

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

می‌کند در کوتاه مدت و در زمان حال کار کند که این اثربخشی بیشتری را در زمان کوتاه ایجاد می‌کند اما طرحواره درمانی یکی از درمان‌های بلندمدت است که به نشانگان حال و اعتیاد نمی‌پردزاد، اعتیاد را به عنوان یک سبک مقابله‌ای اجتنابی در نظر می‌گیرد و این منجر به عود کمتر در بلندمدت و اثربخشی در تداوم زمان می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعداد کم آزمودنی‌ها، عدم مقایسه با گروه‌هایی که تحت مصرف دارو هستند، می‌باشد. در پایان با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با افراد با نشانه‌های اعتیاد و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری را مورد توجه قرار دهند. همچنین این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و تأثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک دوره چندماهه بررسی کرده است. پیشنهاد می‌شود برای بررسی تاثیرات بلندمدت این برنامه مداخله‌ای، تحقیقات طولی مناسب انجام شده و میزان این متغیرها در طی چندسال آینده نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی همکاران در مرکز درمان سوء مصرف مواد دکتر نجفیان رضوی شهر مشهد و از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

اسحاقی‌فرهمند، سیدرضا؛ احدی، حسین؛ کلهرنیاگل‌کار، مریم و صداقت، مستوره (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی موسیقی‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی، ولع مصرف و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۲)، ۱۷۰-۱۸۷.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روان شناختی*، ۶(۲۴)، ۳۸۳-۳۷۳.

بشرپور، سجاد (۱۳۹۲). ارتباط نظم جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲۸(۷۰)، ۱۳۲-۱۴۶.

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

بشرپور، سجاد و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). رابطه بین تحمل آشفتگی و اضطرار منفی و مثبت با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۹۲-۱۰۲.

بیداری، فرزانه و حاجی علیزاده، کبری (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۵(۲)، ۱۸۰-۱۶۵.

حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۲۹-۲۴۰.

خنجری، سیندرلا و خواجه‌وند، افسانه (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت، منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲(۳)، ۱۴-۲۳.

دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: ویرایش، روان، ارسباران.

رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۱(۱)، ۵۷۹-۵۹۶.

رهبر کرباسدهی، فاطمه؛ ابوالقاسمی، عباس و رهبر کرباسدهی، ابراهیم (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۵(۴)، ۷۳-۹۰.

شهبازی راد، افسانه و محمدی، فرشته (۱۴۰۰). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی در پیش بینی افکار خودکشی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۱۶۷-۱۸۰.

علوی لنگرودی، سیدکاظم و نیکزادمقدم، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تاثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان. *دوماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد*، ۱(۴۹)، ۱۱-۱.

فری، مایکل (۱۳۹۷). *راهنمای عملی شناخت‌درمانی گروهی*. ترجمه: محمدی، مسعود و فرنام، رابرت. تهران: رشد (سال انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

قلی زاده، بهزاد؛ قمری گیوی، حسین و صدری دمیرچی، اسماعیل (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۲۲۶-۲۰۵.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

قندهاری، آرش و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرد- بریدگی و خودگردانی- عملکرد مختل در مردان تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون. *تحقیقات نظام سلامت*، ۱۴(۲)، ۲۳۴-۲۲۷.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

محمودیان دستنایی، طاهره؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمید طاهر و منشئی، غلامرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران ۱۶ تا ۲۳ سال مبتلا به پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۲)، ۱-۱۵.

مرادی، افسانه؛ اکبرزاده، مریم؛ فرنیا، وحید؛ علیخانی، مصطفی و عبدلی، نسرین (۱۳۹۹). مقایسه بازداری پاسخ و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد وابسته به بازی‌های رایانه‌ای با بیماران وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۸(۴)، ۴۶-۶۰.

نخعی شامحمود، علی اکبر؛ عرب، علی و فرنام، علی (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان مصرف کننده سنتی و صنعتی تحت درمان متادون. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۲)، ۱۲۰۱-۱۱۹۱.

References

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.

Badie, A., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Pasha, R. (2020). Drug cravings and its relationship with family communication patterns and resiliency through the mediatory role of difficulty in cognitive emotion regulation. *Journal of client-centered nursing care*, 6(2), 125-134.

Baghjari, F., Saadati, H., & Esmaeilinasab, M. (2017). The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer. *International journal of cancer management*, 10(10), 37-43.

Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: Basics and beyond. Guilford Publication.

Blöte, A. W., & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 71, 110-118.

Cai, W. P., Pan, Y., Zhang, S. M., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. H. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support,

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry research*, 256, 71-78.

Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-505.

Chen, J., Qin, J., He, Q., & Zou, Z. (2020). A meta-analysis of transcranial direct current stimulation on substance and food craving: what effect do modulators have? *Frontiers in psychiatry*, 11(598), 1-12.

Comer, R. J. (2016*). Loose-leaf version for fundamentals of abnormal psychology*. 8th ed. London, UK: Worth Publishers.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Dingle, G. A., Gleadhill, L., & Baker, F. A. (2008). Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug and alcohol review*, 27(2), 190-196.

Enkema, M. C., Hallgren, K. A., Bowen, S., Lee, C. M., & Larimer, M. E. (2021). Craving management: Exploring factors that influence momentary craving-related risk of cannabis use among young adults. *Addictive behaviors*, 115(106750), 20-36.

Fuchs, R., Glaude, M., Hansel, T., Osofsky, J., & Osofsky, H. (2021). Adolescent risk substance use behavior, posttraumatic stress, depression, and resilience: Innovative considerations for disaster recovery. *Substance abuse*, 42(3), 358-365.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30(8), 1311-1327.

Grabbe, L., Higgins, M., Jordan, D., Noxsel, L., Gibson, B., & Murphy, J. (2020). The community resiliency model®: a pilot of an interception intervention to increase the emotional self-regulation of women in addiction treatment. *International journal of mental health and addiction*, 19, 793-808.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417-422.

Kersten, T. (2012). *Schema Therapy for personality disorders and addiction. The Wiley-Blackwell Handbook of Schematherapy. Chicester.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Knapík, P., & Slancová, K. (2020). Core beliefs–schemas and coping styles in addictions. *Cognitive remediation journal*, 9(3), 9-19.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of substance abuse treatment*, 33(1), 91-98.

Martinotti, G., Lupi, M., Montemitro, C., Miuli, A., Di Natale, C., Spano, M. C., & Di Giannantonio, M. (2019). Transcranial direct current stimulation reduces craving in substance use disorders: a double-blind, placebo-controlled study. *The journal of ECT*, 35(3), 207-211.

Mestre-Bach, G., Fernandez-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., & Potenza, M. N. (2020). Emotional regulation in gambling disorder. *Current opinion in behavioral sciences*, 31, 102-108.

Pan, S., Jiang, H., Du, J., Chen, H., Li, Z., Ling, W., & Zhao, M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in China: a randomised trial. *PloS one*, 10(6), 1-13.

Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, 10(9), 1-10.

Polak, K., Meyer, B. L., Neale, Z. E., & Reisweber, J. (2020). Program evaluation of group transcending self- therapy: an integrative modular cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Substance abuse: research and treatment*, 14, 1-9.

Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., & Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and individual differences*, 98(1), 218-224.

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.

Rawas, R. E., Amaral, I. M., & Hofer, A. (2020). Social interaction reward: A resilience approach to overcome vulnerability to drugs of abuse. *European Neuropsychopharmacology*, 37, 12-28.

Reese, E. D., & Veilleux, G. C. (2015). Relationships between craving beliefs and abstinence self- efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & tobacco research: oxford journals*, 17(5), 1-27.

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105.

Ressel, M., Thompson, B., Poulin, M. H., Normand, C. L., Fisher, M. H., Couture, G., & Iarocci, G. (2020). Systematic review of risk and protective

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]

factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 24(4), 899-918.

Roos, C. R., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1041-1051.

Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., & Cohen, M. (1995). *In search of a universal drug craving scale*. In Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida (121-132).

Song, S., Zilverstand, A., Gui, W., Li, H. J., & Zhou, X. (2019). Effects of single-session versus multi-session non-invasive brain stimulation on craving and consumption in individuals with drug addiction, eating disorders or obesity: A meta-analysis. *Brain stimulation*, 12(3), 606-618.

Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of substance use*, 23(2), 199-205.

Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European journal of public health*, 31(1), 3-10.

Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). *Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders*. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 139–175). United State: American Psychological Association.

Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Frontiers in psychiatry*, 9(436), 1-7.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.113]