

مقاله

پژوهشی

Research

Article

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

عاطفه قوتی^۱، مسعود آهوان^۲، مصطفی بلقان آبادی^۳

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

چکیده

هدف: با توجه به شیوع روزافزون اعتیاد، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءصرف کننده 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 سوءصرف کنندگان مواد مراجعة کننده به کلینیک‌های تخصصی درمان سوءصرف مواد در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود. پژوهش حاضر بر روی ۴۵ فرد در سه گروه طرحواره درمانی (۱۵ نفر؛ ۲۰ دقیقه؛ جلسه؛ هفتاهای یکبار)، رفتاردرمانی شناختی (۱۵ نفر؛ ۱۲ دقیقه؛ جلسه؛ ۹۰ دقیقه؛ هفتاهای یکبار) و کنترل در انتظار درمان (۱۵ نفر) انجام گردید. گروه‌ها با استفاده از مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنسفسکی (۲۰۰۱)، تاب آوری کانتر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد (۱۹۹۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر آن بود که طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در دو گروه آزمایش به طور معناداری موثر بودند و رفتاردرمانی شناختی در پس آزمون تاثیر بیشتری بر تاب آوری و ولع مصرف مواد و طرحواره درمانی تاثیر بیشتری در مرحله پیگیری در تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و ولع مصرف افراد داشت ($P < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین، هر دو روش طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر متغیرهای پژوهشی در افراد سوءصرف کننده مواد موثر هستند. اما، طرحواره درمانی اثر موثرتری در پیشگیری از بازگشت نشانگان در درازمدت دارد.

کلیدواژه‌ها: سوءصرف مواد، تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان، ولع مصرف، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی شناختی

۱. کارشناس ارشد روانشناختی 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

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد^۱ یک بیماری در سطح بهداشت روانی می‌باشد که با مصرف موادی مانند (الکل، تباکو، شاهدانه، دارو) باعث اختلال و پریشانی قابل توجه بالینی می‌شود (رسل^۲ 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، والدھر و فیتسیمونز^۳، ۲۰۲۱). امروزه اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چالش‌های اساسی بشریت محسوب می‌شود. سال‌های زیادی می‌گذرد 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 عبدالی، ۱۳۹۹). اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری مزمن است که با چالش‌هایی در زمینه تسلط رفتاری روبرو می‌باشد که منجر به ویرانی شخصیت در افراد می‌شود. یکی از مولفه‌هایی که می‌تواند موجب شکل‌گیری رفتارهای اعتیادی شود، میزان تاب آوری^۴ است (فاچس، گلاد، هانسل، اسفسکی و اسفسکی^۵، ۲۰۲۱).

۱۱۴

114

۱۴۰؛ ۱۵؛ ۶۲؛ Winter 2022؛ مجله علمی پژوهشی ایادپajohi

تاب آوری، 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 (پترولد^۶ 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 تاب آوری پایین، طردشدنگی از طرف خانواده، اعتقادات و دیدگاه مثبت به مصرف مواد و تعامل با موقعیت‌ها و افرادی که نوعی مشوق مصرف مواد می‌باشند، بیشتر در معرض مصرف دخانیات قرار می‌گیرند؛ 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^۷، ۲۰۲۰). به

1. substance abuse disorder (SUD)

5. Fuchs, Glaude, Hansel, Osofsky & Osofsky

2. Ressel

6. Petzold

3. Taylor, Graham, Flatt, Waldherr & Fitzsimmons-Craft

7. Rawas, Amaral & Hofer

4. resilience

عنوان مثال، نتایج پژوهش یانگ، ژیا، هان و لیانگ^۱ (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد، رابطه معکوسی وجود دارد. فاچس و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی رابطه بین تاب‌آوری در نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد با استرس، افسردگی 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 پاشا، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکی از عوامل تاب‌آوری افراد در برابر مصرف مواد مخدر، مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان^۲ است (سای^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). متغیر استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت به صورت 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 است و بین تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری رابطه وجود دارد (باقجاری، سعادتی و اسماعیلی نسب، ۲۰۱۷).

۱۱۵
۱۱۵

تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری دو عامل اصلی در افراد دچار سوء‌صرف مواد شناخته شده‌اند (گرایی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). افراد دارای سوء‌صرف مواد با عدم درک و بینش درست از احساسات و هیجانات خود، توانایی اتخاذ رفتارهای کارآمد، منطقی و صحیح را از دست می‌دهند، از طرف دیگر این اشخاص در به کارگیری صحیح 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 رویه‌رو هستند. این چالش‌ها، منجر می‌شود که شخص در موقعیت‌های بحرانی، توانایی حل مساله، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار کارآمد را از دست 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

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-باج، فرناندز - آراندا، جیمنتر - مارسیا و پوتزا^۱، ۲۰۲۰). به عنوان مثال، بخشی از مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط قوی میان به کارگیری راهبردهای شناختی ویژه و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (پاتهوف^۲ 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 (آلداو، نولن - هوکسما و چویزر^۳، 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)^۴ 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 مصرف کننده 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^۵، 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^۶، ۲۰۲۰). به عنوان مثال؛ پژوهشی نشان داده که وسوسه مصرف، نقش تاثیرگذاری در عود پس از درمان و تداوم مصرف ووابستگی نسبت به مواد دارد (ریس و ویلیوکس^۷، 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

۱۱۶

116

۱۴۰۰: ۱۵، No ۶۲، Winter 2022
ویژگی: رد و پیشنهاد: امداد

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

از رسیدن به حالت اجتناب، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردن^۱ دارند (اینکما، هالگرین، بوئن، لی و لاریمر^۲، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها در رابطه با افراد وابسته به مواد مخدر، حاکی از رابطه میان وسوسه و عود مصرف مواد، وسوسه و نتایج درمانی در مصرف کنندگان سیگار، وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرك‌های مربوط به مواد است (مارتینوتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به توضیحات ارائه شده، دغدغه اثرات زیانبار دارویی، اجتماعی، قانونی و بهداشتی ناشی از سوءصرف مواد، همچنین عواملی تاثیرگذار از قبیل، تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و لع 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^۴ (۲۰۱۲)، استفاده از مواد، حالت‌های غلط ناسازگاری را تشدید می‌کند. اثر روان‌گردن 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 لع مصرف مواد نیز موثر باشد (یانگ، کلوسک و ویشار^۵، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، نتایج پژوهش نخعی شامحمدود، عرب و فرnam (۱۳۹۸) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به متادون؛ کنایپک و اسلامکوا^۶ (۲۰۲۰) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر آسیب‌شناسی و لع مصرف مواد؛ قدهاری و دهقانی (۱۳۹۶) حاکی از تاثیر طرحواره درمانی بر میزان مصرف متادون؛ تاپیا^۷ 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

از طرف دیگر رویکرد رفتار درمانی شناختی به عنوان یک درمان استاندارد اختلال مصرف مواد، مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و اصول شرطی سازی کنشگر است. 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 می‌شود و از طریق متقادع کردن خود با همین مفروضه‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و همچنین رفتارهای اشتباه و آسیب‌رسان همچون اعتیاد و گرایش به مصرف باعث آرامش موقت و تداوم اعتیاد می‌شود که در این صورت اعتیاد به صورت تقویت منفی افزایش پیدا می‌کند (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۴). این مداخلات شامل راهبردهای رفتاری جهت کاهش شدت رفتارهای اعتیادی، مهارت‌های انتباقی جهت رویارویی با ولع مصرف، برانگیختگی و حالت‌های خلقی منفی، مهارت‌های ابراز وجود جهت مدیریت فشارهای اجتماعی، آموزش روانی خانوادگی و دستکاری محیطی و همچنین راهبردهای شناختی جهت افزایش باورهای خودکارآمدی و تعدیل انتظارات مرتبط با رفتارهای اعتیادی است. به عنوان مثال، پژوهش‌ها از استفاده از رفتار درمانی شناختی در مصرف مواد (پولاک، میر، نیل و ریس وبر^۱، ۲۰۲۰)، در انواع رفتارهای اعتیادی از جمله مصرف نادرست الکل (دینگل، گلیدهیل و باکر^۲، ۲۰۰۸)؛ مواد اپیوئیدی (پان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵) بر افراد وابسته به متادون (اسحاقی فرهمند، احمدی، کلهرنیاگل کار و صداقت، ۱۳۹۹) حمایت می‌کنند. بسته‌های درمانی زیادی با رویکرد شناختی رفتاری وجود دارد که هدف آن‌ها، آموزش مهارت‌های کلی جهت مدیریت عوامل استرس‌زای زندگی و عاطفه منفی (از جمله مهارت تعامل فعال و ارزیابی مجدد شناختی) و همچنین آموزش اختصاصی برای ولع مصرف (مثل رد کردن مصرف و کنترل محرک‌ها) در پیشگیری از رفتارهای اعتیادی است (راس، بوئن و ویتکیویتز^۴، ۲۰۱۷).

با وجود تحقیقات در تائید اثربخشی برنامه‌های درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات سوء مصرف مواد، این برنامه‌ها نقایصی هم دارد. طبق نظر یانگ (۲۰۰۳) برخی

1. Polak, Meyer, Neale, Reisweber
2. Dingle, Gleathill & Baker

3. Pan
4. Roos, Bowen & Witkiewitz

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، مشکلات شان عود کرده است (کارترا^۱ 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^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین این افراد یکسری ویژگی‌های فردی داشتند که درمان شناختی رفتاری بر آن متumer کر نیست. از جمله این که چنین افرادی مشکلات بین‌فردى زیادی دارند و نمی‌توانند رویکرد مشارکتی - تجربی درمان را پیذیرند و نقش فعالی در فرآیند درمان داشته باشند (والر، کندنی و اوهانیان^۳، ۲۰۰۷). برخی هم نمی‌توانند تکنیک‌های شناخت درمانی را به کار بینندند 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^۴، 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 سوء مصرف مواد بهره گیرند (کارترا و همکاران، ۲۰۱۳)؛ چرا که یانگک با توجه به تجربه چنین مشکلاتی در فرآیند درمان شناختی رفتاری کلاسیک، طرحواره درمانی را ابداع کرد. همچنین، یانگک روش طرحواره درمانی را برای بیمارانی تدوین کرد که به رفتار درمانی شناختی کلاسیک پاسخی نمی‌دادند (یانگک و همکاران، ۲۰۰۶). رویکرد طرحواره درمانی بر عکس 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

۱۱۹

119

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

1. Carter
2. Hollon

3. Waller, Kennerley & Ohanian
4. Beck & Beck

می کند و به تدریج طرحواره ها (باورهای مرکزی) را به شناخت طرحواره های قابل دسترسی چون افکار خودآیند منفی ربط می دهد (هالان و همکاران، ۲۰۰۹).

باتوجه به نقايس و محدوديتهای رویکرد درمان شناختی رفتاري در درمان اختلالات سوء مصرف مواد و با توجه به اين که عمدۀ تمرکز اين درمان بر افکار خودآیند منفی و اصلاح آن می باشد و تمرکز اصلی روش طرحواره درمانی بر تعديل باورهای بنیادین ناسازگار افراد است، پس خلاصه شناسي در اين زمينه وجود دارد، سوال اصلی اين پژوهش اين می باشد که آيا بين اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تابع آوري، تنظيم شناختي هيجان و ولع مصرف در افراد سوء مصرف كننده مواد تفاوت معناداري وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گيري

مطالعه حاضر از نوع نيمه تجربی با طرح پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري با گروه كنترل بود. جامعه آماری اين پژوهش سوء مصرف كنندگان مواد مراجعه کننده به كلينيک های تخصصي درمان سوء مصرف مواد در شهر مشهد در طی سال ۱۳۹۹ بود. نمونه گيري از جامعه مورد نظر به روش در دسترس صورت گرفت. باتوجه به اين که در تحقیقات آزمایشي تعداد ۱۵ نفر در هر گروه قابل تاييد می باشد (دلاور، ۱۳۹۳) و با توجه به ماهيت آموزشی پژوهش حاضر، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از تكميل پرسشنامه های پژوهش در پيش آزمون، تعداد افراد نمونه به صورت تصادفي به سه گروه شامل دو گروه آزمایشي و يك گروه كنترل تقسيم شدند. جمع آوري داده ها در چهار مرحله قبل از مداخله، پس از مداخله، ۱ماه بعد، و ۳ماه بعد انجام گردید. تحليل داده ها به وسیله نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحليل واريانس با اندازه گيري مكرر صورت گرفت.

۱۲۰

120

۱۴۰۰: نمبر: ۱۵، ۶۲، Winter ۲۰۲۲
Vols. 15, No. 62, Winter 2022

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کراایج و اسپینهاون^۲ (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 تجربه منفی یا موقعیت آسیب‌زا بررسی می‌کند. اجرای این مقیاس بسیار ساده می‌باشد و برای اشخاص تمايز 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، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداشی 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 استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله با مواجهه با واقعی استرس‌زا و منفی می‌باشد. سوالات این پرسشنامه، راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه واقعی یا موقعیت‌های منفی را می‌سنجد. بر عکس سایر پرسشنامه‌های 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 مقصّر دانستن خود، مقصّر 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 در جای 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

۱۲۱

۱۲۱

شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
پژوهش ملی
شماره ۱۵، Vol. 15, No. 62, Winter 2022

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 نسخه فارسی مقیاس تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ به دست آمد که نشان از مطلوبیت روایی ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

۲. مقیاس تاب آوری^۱: مقیاس تاب آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در راستای سنجش قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی شده و در بردارنده ۲۵ سوال می‌باشد که هر پرسش در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. مقیاس مذکور می‌تواند افراد تاب آور را از غیرتاب آور از گروه بالینی و غیربالینی تفکیک کند و در شرایط پژوهشی و بالینی به کار گرفته شود. دامنه نمره گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بیشتر نشان دهنده تاب آوری 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^۲: این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی ۸ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله سوموزا، دیرنفورث، گلدا سمیت، مزینسکی و کوهن^۳ (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

۱۲۲

122

۱۳۰، ۱۵، ۶۲، Winter ۲۰۲۲، مجله علمی پژوهشی اسلام

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 ۱۸–۴۰ 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^۱ (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.

۱۲۳

123

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

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	آماده کردن و ایجاد اهداف، آشنایی با افراد گروه، خوش آمدگویی، 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 می کنیم، تمرین آرمیدگی تخيیلی هدایت شده؛ تکلیف جهت انجام در جلسه آینده.
دوم	مرور تکلیف جلسه اول؛ نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ شناسایی افکار خود آینده؛ تمرین: افکار خود آیند مرتب با گروه درمانی؛ مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل؛ تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف جهت انجام در جلسه بعد.
چهارم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ تهیه فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ باورها را می توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده‌اند؛ آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ تحلیل سودمندی، تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف جهت جلسه آینده
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف جهت انجام در جلسه بعد.
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل؛ تهیه سلسله مراتب؛ تمرین تهیه حداقل یک سلسله مراتب، باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف جهت انجام در جلسه بعد.
دهم	بررسی تکلیف جلسه 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 جلسه قبل؛ تنبیه خود - خود پاداش دهنی؛ تمرین: تنبیه خود - خود پاداش دهنی؛ 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

 ۱۲۴
 124

جدول ۲: ساختار جلسات طرحواره درمانی

جلسات	محظوظ
جلسات ۱	شکل گیری رابطه متقابل، آموزش رویکرد طرحواره درمانی، اخذ رضایت نامه آگاهانه، تحویل پرسشنامه های مربوط به پژوهش
تا ۲	
جلسات ۳	سنجهش مشکلات افراد، سنجهش سبک های مقابله ای، مفهوم بندی مشکل مراجعت بر اساس رویکرد طرحواره درمانی و تکمیل فرم مفهوم پردازی جلسات
تا ۶	
جلسات ۷	به کار گیری تکنیک های شناختی در راستای تردید و بی اعتبار سازی طرح واره های غالب مراجعت (بررسی شواهد، سنجهش سبک های مقابله ای، گفتگو میان جنبه طرحواره و سالم و کارت های آموزشی)
تا ۱۰	
جلسات ۸	به کار گیری تکنیک های تجربی در راستای آشنا نی مراجعت با ریشه های تحولی طرحواره ها و در کر راهکارهای ناسازگارانه ارضی نیازهای هیجانی (شروع تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی)
تا ۱۵	
جلسات ۹	تشویق و ایجاد انگیزه در مراجعت در راستای رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای کارآمد جهت ارضا و تشغیل نیازهای هیجانی اساسی، و واداشتن فرد به آماده ساختن فهرستی از مهارت های ارائه شده در درمان و پیشگیری از عود.
تا ۲۰	

یافته ها

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

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

متغیر	آزمون											
	رفار درمانی شناختی						طرحواره درمانی					
	کنترل	پیگیری بعد از ۱	پیگیری بعد از ۳	پیگیری بعد از ۱	پیگیری بعد از ۳	پیگیری بعد از ۱	پیگیری بعد از ۳	پیگیری بعد از ۱	پیگیری بعد از ۳	پیگیری بعد از ۱	پیگیری بعد از ۳	پیگیری بعد از ۱
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
۱۲۵	۱۲۵	۲۵/۲۵	۲۴/۴۰	۲۴/۴۵	۱۶/۱۷	۱۶/۱۶	۱۶/۳۴	۲۳/۳۲	۱۵/۸۰	۱۷/۲۷	۱۹/۳۴	۲۴/۲۴
۱۲۵	۱۲۵	(۴/۸۰)	(۴/۸۰)	(۴/۸۰)	(۳/۷۰)	(۳/۷۰)	(۵/۶۰)	(۳/۱۲)	(۳/۳۳)	(۳/۸۹)	(۴/۲۰)	
ولع مصرف												
۴۳	۴۳/۳۴	۴۲/۲۰	۴۲/۲۳	۵۲/۵۳	۵۲/۲۶	۵۱/۵۰	۴۴/۴۵	۶۲/۲۳	۵۹	۵۸/۲۳	۴۳/۳۵	
تنظیم شناختی												
(۱۲/۶۹)	(۱۲/۶۷)	(۱۲/۶۰)	(۱۲/۶۷)	(۱۴/۱۴)	(۱۴/۱۳)	(۱۴/۱۳)	(۱۲)	(۱۶/۱۳)	(۱۵/۱۲)	(۱۵)	(۱۲/۵۴)	
هیجان ثبت												
۵۹/۴۸	۵۹/۴۵	۵۹/۴۸	۵۹/۴۶	۵۴	۵۴/۲۳	۵۵/۴۴	۶۱	۴۸/۴۰	۵۰/۲۲	۵۲/۱۵	۶۰/۰۹	
تنظیم شناختی												
(۸/۷۸)	(۸/۷۷)	(۸/۷۷)	(۸/۷۸)	(۱۰/۴۵)	(۱۰/۲۳)	(۱۰/۱۰)	(۹/۱۰)	(۱۲/۲۲)	(۱۲/۱۰)	(۱۱/۱۰)	(۹/۱۴)	
هیجان منفی												
۵۳/۵۲	۵۴	۵۳/۶۷	۵۴/۴۴	۵۴/۴۹	۵۴/۲۳	۵۳/۴۵	۴۳/۲۳	۵۸	۵۸/۵۷	۵۰/۳۴	۴۴/۴۳	
تاب آوری												
(۷/۳۰)	(۷/۳۹)	(۷/۳۲)	(۷/۲۲)	(۵/۲۰)	(۵/۳۲)	(۵/۴۵)	(۷/۴۹)	(۴/۳۴)	(۴/۴۵)	(۶/۵۴)	(۷/۳۲)	

باتوجه به وجود چندمتغیرهای بسته، 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 داده‌ها

متغیرها	گروه						
	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آماره Z	معناداری آماره Z	معناداری آماره Z	طرحواره درمانی
ولع مصرف							
							رفتاردرمانی شناختی
	کنترل						طرحواره درمانی
							رفتاردرمانی شناختی
							طرحواره درمانی
تنظيم شناختی							
							رفتاردرمانی شناختی
	کنترل						رفتاردرمانی شناختی
							طرحواره درمانی
هيجان مثبت							
							طرحواره درمانی
							رفتاردرمانی شناختی
	کنترل						رفتاردرمانی شناختی
هيجان منفي							
							طرحواره درمانی
							رفتاردرمانی شناختی
	کنترل						طرحواره درمانی
تاب آوري							
							رفتاردرمانی شناختی
	کنترل						رفتاردرمانی شناختی

۱۲۶
126

۱۴۰۰، ۱۵، No ۶۲، Winter 2022
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-13]

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 ($M=89/14$, $F=1/45$, $P=0/05$). برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در پیش آزمون ($F=2/10$, $P=0/09$), پس آزمون ($F=0/51$, $P=0/09$), پیگیری بعد از ۱ ماه ($F=1/20$, $P=0/11$) و پیگیری بعد از ۳ ماه ($F=1/11$, $P=0/07$) برای متغیر ولع مصرف نشان دهنده همگنی واریانس بود ($P=0/05$). همچنین، نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در

پیش آزمون ($F=1/21$, $P=0/07$)، پس آزمون ($F=2/11$, $P=0/09$)، پیگیری بعد از ۱ ماه ($F=1/77$, $P=0/08$) و پیگیری بعد از ۳ ماه ($F=1/32$, $P=0/05$) برای متغیر تاب آوری نشان دهنده همگنی واریانس بود ($F=0/05$). نتایج معنادار آزمون لوین در پیش آزمون ($F=1/25$, $P=0/02$, $F=1/45$)، و نتایج غیر معنادار آزمون لوین در پس آزمون ($F=1/43$, $P=0/06$, $F=2/78$, $P=0/07$) برای پیگیری بعد از ۱ ماه ($F=1/10$, $P=0/01$) و پیگیری بعد از ۳ ماه ($F=2/11$, $P=0/02$, $F=0/07$) برای متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی نشان دهنده همگنی واریانس بود ($F=0/05$). همچنین، نتایج آزمون لوین در پیش آزمون ($F=1/21$, $P=0/02$)، پس آزمون ($F=1/21$, $P=0/07$) برای پیگیری بعد از ۱ ماه ($F=1/75$, $P=0/08$) و پیگیری بعد از ۳ ماه ($F=2/11$, $P=0/07$) برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت نشان داد که همگنی واریانس برای این متغیر در مرحله پیگیری بعد از ۱ ماه و ۳ ماه غیر معنادار بود اما در پیش آزمون و پس آزمون 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 پیش آزمون و برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مشکل ساز نیست، زیرا با توجه به حجم نمونه کافی، آزمون تحلیل واریانس نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. از دیگر پیش فرض ها می توان به پیش فرض کرویت اشاره کرد.

براساس نتایج، پیش فرض کرویت برای متغیر ولع مصرف (آماره موخلی = $0/83$, $p < 0/001$), تاب آوری (آماره موخلی = $0/74$, $p < 0/001$), تنظیم شناختی هیجان مثبت (آماره موخلی = $0/56$, $p < 0/001$), تنظیم شناختی هیجان منفی (آماره موخلی = $0/47$, $p < 0/001$) برقرار بود. همچنین، نتایج نشان داد که اثر اصلی درمان شناختی رفتاری و طرحواره معنادار است و بین گروه ها حداقل در ارتباط با یکی از متغیر های وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (اثرات پیلایی = $0/51$, $p < 0/001$)، اثرات این مداخلات است. به علاوه، اثر تعامل بین زمان و اثر گروهی نیز معنادار بود (اثر پیلایی = $0/47$, $p < 0/001$) و 29 درصد تفاوت های مشاهده شده مربوط به عضویت گروهی یا اثرات این مداخلات است.

۱۲۷
127

شال پژوهش شماره ۲۰۰ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

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

جدول ۵: آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

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

* $P < 0.001$

مطابق جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس بیانگر اثربخشی معنادار مداخله‌های رفتاردرمانی شناختی و طرحواره درمانی بر متغیر تاب آوری، ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در طی زمان بود ($P < 0.001$). به علاوه، تعامل مداخله‌های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در طی زمان و گروه بر متغیر تاب آوری، ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی نیز معنادار بود ($P < 0.001$).

۱۲۸
128

۱۴۰۰، ۱۵، ۶۲، Winter ۲۰۲۲
ویژه، پژوهشی، علمی، انتشاراتی، انجمن اسلامی ایران

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	تاب آوری	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 تاب آوری بیانگر تفاوت معنی دار ($P<0/001$, $F=7/87$) و اندازه اثر ۲۴ درصد، برای متغیر ولع مصرف بیانگر تفاوت معنی دار ($P<0/001$, $F=6/95$) و اندازه اثر ۳۸ درصد، برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت بیانگر تفاوت معنی دار ($P<0/001$, $F=4/32$) با اندازه اثر

۱۲۹
۱۲۹

شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
پیاپی دهم، شماره ۱۵، Winter 2022
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

۲۵ درصد و برای متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی بیانگر تفاوت معنی دار ($P<0/001$, $F=3/78$) با اندازه اثر ۲۷ درصد بود. به منظور مقایسه زوجی میانگین گروهها در متغیرهای پژوهش در طی مراحل اندازه گیری، 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	اختلاف میانگین خطا ایستاندارد	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
طرحواره درمانی	درمان شناختی		-۴/۱۶	۳/۱۲	۰/۰۰۴
رفتاری	کنترل		-۶/۲۴	۵/۷۶	۰/۰۰۱
ولع مصرف					

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	-۵/۴۹	۰/۰۰۱		
طرحواره درمانی	درمان شناختی	-۳/۲۳	۲/۷۶	۰/۰۰۳	
کنترل	رفتاری	-۸/۷۱	۷/۵۶	۰/۰۰۱	
طرحواره درمانی	درمان شناختی رفتاری	۳/۲۳	۲/۲۲	۰/۰۰۳	
کنترل	-۷/۶۳	-۶/۴۳	۰/۰۰۱		
طرحواره درمانی	درمان شناختی	۲/۴۴	۱/۱۱	۰/۰۰۱	
کنترل	رفتاری	-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، تاب آوری در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در مقایسه با طرحواره درمانی موثرتر است ولی در مرحله پیگیری بعد از یک ماه و سه ماه، طرحواره درمانی در تمامی مولفه‌های حاضر در این پژوهش عملکرد موثرتری داشته است ($P < 0.001$). همچنین، در متغیر تنظیم شناختی هیجان، طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری بعد از یک ماه و سه ماه نسبت به رفتاردرمانی شناختی موثرتر بوده است.

۱۳۰

130

۱. V0, ۱۰, ۱۵, ۲۰, ۲۵, ۳۰, ۳۵, ۴۰, ۴۵, ۵۰, ۵۵, ۶۰, ۶۵, ۷۰, ۷۵, ۸۰, ۸۵, ۹۰, ۹۵, ۱۰۰
۲. میانگین، پیش آزمون، پیگیری، نتایج

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری 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، تاب آوری در افراد سوء مصرف کننده 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، تاب آوری در

پس آزمون نسبت به پیش آزمون در مقایسه با طرحواره درمانی موثرتر است ولی در مرحله پیگیری بعد از یک ماه و سه ماه، طرحواره درمانی در تمامی مولفه‌های حاضر در این پژوهش عملکرد موثرتری داشته است. همچنین، در متغیر تنظیم شناختی هیجان، طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری بعد از یک ماه و سه ماه نسبت به رفتار درمانی شناختی موثرتر بوده است. نتایج این پژوهش از جهت تاثیرگذاری درمان شناختی رفتاری در پس آزمون نسبت به طرحواره درمانی در متغیر (تاب آوری و لعل مصرف مواد) و تاثیرگذاری بیشتر طرحواره درمانی در دوره پیگیری با پژوهش پولاک و همکاران (۲۰۲۰)، به جهت تاثیر درمان شناختی رفتاری برای تاب آوری 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 لعل مصرف مواد؛ با پژوهش کنایپیک و اسلامکوا (۲۰۲۰)، به جهت تاثیر طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای افراد مصرف کننده مواد با پژوهش اسحاق فرهمند و همکاران (۱۳۹۹)، همسو می‌باشد.

۱۳۱

131

شال پژوهش شماره ۴۰ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر لعل مصرف مواد می‌توان گفت که مداخله شناختی-رفتاری، با آموزش مهارت‌های مقابله موثر می‌تواند به افراد معتمد 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 و لعل مصرف مواد قرار می‌گیرند (مارمانی، پانی، پاسینی و پراغی، ۲۰۰۷). در مقایسه با این افراد، کسانی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر خواهند توانست بر شرایط، کنترل داشته باشند و احتمال لعل 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 لعل مصرف در این گروه، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجاد کننده لعل مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل

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 تاب آوری می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری، می‌تواند فضای را ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده، ویژگی‌های دفاعی سالم و رشد یافته بارور شوند. درمان شناختی-رفتاری به وسیله شکل گیری همدلی، شنیده شدن، حمایت، ابراز احساسات و سهیم شدن در تجارب همدیگر منجر به عدم گرایش به سمت اعتیاد می‌شود (کومر، 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 همتیان 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، حل مسئله و برنامه‌ریزی در طول جلسات می‌تواند منجر به افزایش تاب آوری موثر باشد. درمان شناختی رفتاری فرد را توانمند می‌کند تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند (رهبر کرباسده‌ی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسده‌ی، ۱۳۹۸). به طور کلی، درمان شناختی-رفتاری با درگیر کردن افراد در روش‌های مشارکت و تعاملی و آموزش این که به چه صورت فکر کنند به جای این که به چه موضوعی فکر کنند، ابزار قوی جهت یادگیری سه حوزه مهارت‌های شناختی، اجتماعی و بین‌فردى 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

۱۳۲

132

۱۴۰؛ ۱۵؛ ۶۲، Winter 2022
نمایشنامه علمی پژوهشی ایادپajoji

شخص از آشوب درونی زیادی رنج ببرد و دل مشغول مسائل جسمانی شده و برای این که احساس آرامش و حمایت شدن کنند، 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 جرمان طرحواره ارتباط داشته باشد (محمدیان دستنایی، امیری، نشاط دوست و منشی، ۱۳۹۸). با توجه 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 رویکردهای یکپارچه است و ترکیبی از درمان شناختی رفتاری، گشتالت، مدل‌های درمانی روان‌پویشی و بین‌فردي است و تاثیر قابل توجهی بر روابط درمانی، هیجانات و تجارب اولیه زندگی دارد، باعث اجتناب راحت‌تر بیمار از عواطف آسیب‌زا 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

۱۳۳

133

شال پژوهش مشارکه ایران زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

تدابع طرحواره‌های ناکارآمد و ناسازگار پیشگیری می‌کند. همچنین تکنیک‌های هیجانی طرحواره درمانی، در تعديل طرحواره‌ها و کنترل رفتارهای ناکارآمد هیجانی موثر است. تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار می‌باشد و طرحواره‌های اولیه می‌توانند در این شرایط تحريك 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 تاب آوری 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 تاب آوری می‌شود؛ چرا که تاب آوری، شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (بلات و وستبرگ، ۲۰۱۹).

در تبیین اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در تنظیم شناختی هیجان مطابق با نظریه رنر^۱ و همکاران (۲۰۱۸) می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند با به کارگیری شناخت درمانی، مشکلات بین فردی مزمن و بی ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند (بیداری و حاجی علیزاده، ۱۳۹۸). بر همین اساس طرحواره درمانی با جانشینی کردن راهبردهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات زندگی می‌تواند به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات منجر شود (پاگک، 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 به طور مستقیم روی اعتیاد، نشانگان آن، افکار مربوطه، مفروضه‌ها، باور بنیادین و رفتار فرد می‌پردازد و سعی

۱۳۴

134

۱۴۰: ۱۵، ۶۲، Winter ۲۰۲۲
ویژه، نمایش، نظریه، ایده‌ها: ایام

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 نمی‌پردازد، 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 طرحواره درمانی 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 تأثیرات 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 می‌کیم.

منابع

اسحاقی فرهمند، سیدرضا؛ احمدی، حسین؛ کلهرنیاگل کار، مریم و صداقت، مستوره (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی موسیقی درمانی و رفتار درمانی شناختی بر کیفیت زندگی، ولع مصرف و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روانپردازی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۲)، ۱۷۰-۱۸۷.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). *تاب آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی*. *مجله علوم روان شناختی*، ۲۴(۲)، 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.

بشهرپور، سجاد و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). رابطه بین تحمل آشتنگی 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 روانشناسی، ۱۵(۲)، ۱۸۰-۱۶۵.

حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظام 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 تاب آوری در دانش آموزان معتمد به اینترنت و دانش آموزان عادی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۱)، ۵۷۹-۵۹۶.

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

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

علوی لنگرودی، سید کاظم و نیکزاد مقدم، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تاثیر آن بر افرایش انگیزش پیشرفت آنان. دو ماہنامه علمی، پژوهشی، طلوع پهلوی، ۱۱ (۴۹)، ۱۱-۱.

فری، مایکل (۱۳۹۷). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه: محمدی، مسعود و فرمان، دایر. تهران: دش (سال انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

قالی 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 واپسته به مواد. *قصانامه اعتقاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۲۲۶-۲۰۵.

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 تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه 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 پراشتاهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. مجله روانشناسی و روانپردازی شناخت، ۲۶(۲)، ۱-۱۵.

مرادی، افسانه؛ اکبرزاده، مریم؛ فرنیا، وحید؛ علیخانی، مصطفی و عبدالی، نسرین (۱۳۹۹). مقایسه بازداری پاسخ و تصمیم گیری پر خطر در افراد وابسته به بازی های رایانه ای با بیماران وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۸(۴)، ۴۶-۶۰.

نخعی شامحمدو، علی اکبر؛ عرب، علی و فرنا، علی (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه معتادان مصرف کننده ستی و صنعتی تحت درمان متادون. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناسی*، 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,

۱۳۷
۱۳۷

پژوهشی مشارکه ای زمستان ۱۴۰۰
جلد پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

- 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., Noxxel, L., Gibson, B., & Murphy, J. (2020). The community resiliency model®: a pilot of an 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*. Chichester. 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.

۱۳۸
138

۱۴۰۰:۱۵، نو ۶۲، میر ۲۰۲۲
Vols. 15, No. 62, Mire 2022

- 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

۱۳۹
۱۳۹

سال پنجم هم امضا شماره ۲۰۰ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

- 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.

۱۴۰
140

۱۴۰:۱۵، نو ۶۲، مرداد ۱۴۰۰
۱۴۰:۱۵، نو ۶۲، مرداد ۱۴۰۰