

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۱

خلاصه

مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین مشکلات سلامتی در جهان امروز است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که مبتلا به سوء مصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (دی تا اسفند ۱۴۰۰) به مراکز ترک اعتیاد دولتی در منطقه ۵ شهر تهران مراجعه کردند که از بین آنها با روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۴۵ آزمودنی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی-رفتاری (مایکل فری، ۲۰۰۵) و ۱۵ جلسه طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳) اجرا شد. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۸۷) بهره برده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی ایجاد کرده است ($p \leq 0/01$) اما مداخله طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر کلی افسردگی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد نکرده است ($p \geq 0/01$)

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری روشی مؤثرتر از طرحواره درمانی بوده است. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند یک درمان انتخابی برای کاهش افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر باشد.

کلمات کلیدی

درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، افسردگی.
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سمانه سلامیان^۱

مصطفی حیدری^{۲*}

اصغر نوروزی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، رشته روانشناسی سلامت، واحد تنکابن،

دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

تنکابن، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

ساری، ایران

E-mail: mo.heydari@uswr.ac.ir

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جامعه است، مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید. هر روز شمار زیادی از افراد به مصرف مواد روی می‌آورند و دچار پیامدهای بدنی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی می‌شوند (۱). سوء مصرف مواد یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های دستگاه‌های بهداشتی و انتظامی هر جامعه به شمار می‌رود. سالانه هزاران نفر بر اثر سوء مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (۲). در همین راستا پژوهش‌های زیادی نشان داده که افراد سوء مصرف‌کننده‌ای که دچار مشکلات روان-شناختی مثل افسردگی می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزاردهنده از مواد استفاده می‌کنند (۳). افسردگی با ایجاد علائمی چون درماندگی مانعی برای مقابله با ترک اعتیاد و بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای موجود محسوب می‌شود. این مسأله در حالی مطرح می‌شود که نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند، درمان اختلالات خلقی همراه با اعتیاد ممکن است شروع و عود مجدد را کاهش دهد (۴). افسردگی منجر به تجربه‌ی احساس تنهایی و از دست دادن حمایت اجتماعی در فرد می‌شود و توانایی فرد معتاد را برای مدیریت هیجان‌هایش دچار مشکل می‌کند؛ در نتیجه، زندگی روزمره برای وی و اطرافیان دشوار می‌شود (۵). افسردگی، ارتباطات فرد با دنیای اطراف را مختل و منجر به استفاده از رویکردهای مقابله‌ای ناسالم می‌شود. برخی پژوهش‌ها نه تنها نقش منفی افسردگی در رفتارهای مقابله‌ای را نشان داده است بلکه اثر مخرب آن بر روابط بین فردی را نیز گزارش می‌کند (۶).

اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به دلیل ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است (۷). در سال‌های گذشته، اقدامات

فراوانی برای درمان بیماری اعتیاد صورت گرفته؛ ولی متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های فراوان، آمار لغزش و رها کردن درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان، زیاد است. وجود ترک‌های ناموفق و عود مکرر در افراد وابسته به مواد، بیانگر درمان ناقص و تک بعدی در این افراد است (۸). اکتفا به ترک وابستگی جسمانی و توجه نکردن به عوامل فردی، روانی، شخصیتی و محیطی می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند؛ به این صورت که عوامل شخصیتی و ضعف‌های فردی به صورت لاینحل باقی مانده است و مشکلات زمان وابستگی به مواد مانند فرار از مردم، طرد از اجتماع و نارسایی‌های فردی نیز به آن اضافه می‌شود و باعث انزوای فرد تحت درمان می‌شود و چه بسا این احساس باعث می‌شود که شخص دوباره به مصرف مواد روی می‌آورد (۹). یکی از الگوهای مداخله‌ای روان-شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگودهی درمانی شناختی از جمله طرح‌واره درمانی است که بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روان شناختی همراه، تمرکز دارد که در سال‌های اخیر این نوع درمان‌ها پیشرفت زیادی کرده و روش‌هایی ایجاد شده که به طور گسترده در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی داشته‌اند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. از طرفی اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می‌کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیشگیری از عود مجدد بیماری را شامل می‌شود (۱۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود علائم اضطراب (۱۱) و افسردگی (۱۲) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اضطراب، شخمگار (۱۳) در پژوهش خود به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات

سلامت روان ناشی از اعتیاد پرداخت نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان گردید.

درمان شناختی - رفتاری نیز شیوه‌ای کوتاه مدت و متمرکز بوده که به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوء مصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کرده و در نهایت به شیوه موثری با طیف مشکلات و رفتارهای مساله دار مرتبط با مواد مقابله کنند (۱۴). مرور نتایج چند پژوهش فراتحلیل اخیر در مورد افسردگی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی اساسی مؤثر است و در مقایسه با داروهای ضدافسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است (۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب همبود با سوء مصرف مواد موثرند (۱۶). اساس درمان شناختی-رفتاری در اعتیاد و عود آن مبتنی بر نارسایی‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) است (۱۷). این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطر آفرین یا بحرانی، به سوء مصرف مواد پناه ببرد (۱۸).

دلیل انتخاب این دو رویکرد این است که هر دو به نحوی بر الگوهای ارتباطی و سبک‌های مقابله‌ای تمرکز می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد و آسیب‌های متأثر از آن، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی درمانی طرح-واره محور و درمان شناختی رفتاری برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این که مطالعات طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی صورت گرفته است، کمبود بررسی

اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی جهت توانمندسازی افراد با سوء مصرف مواد مخدر کاملاً مشهود است (۱۹). هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در معتادان بررسی نکرده و این دو رویکرد را با هم مقایسه نکرده‌اند. پژوهش حاضر با این امید انجام شده است که خلا موجود در این زمینه را پر کند. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی است که مبتلا به سوء مصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (دی تا اسفند ۱۴۰۰) به مراکز ترک اعتیاد دولتی در منطقه ۵ شهر تهران مراجعه کردند. منظور از افراد سوء مصرف کننده، افرادی است که یک یا چند ماده را از راه‌های گوناگون مانند خوردن، تزریق، تدخین و استنشاق، به صورت مداوم مصرف کردند و این علائم سبب مراجعه آنها و استمداد از مراکز درمانی فوق شده است. پس از مصاحبه اولیه با معتادان متقاضی شرکت در جلسات و واجد شرایط شرکت در پژوهش و بر اساس مصاحبه تشخیصی، ۴۵ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. از آنجایی که در گروه‌های روان‌درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۵ نفر نباشد (سنایی، ۲۰۰۴). تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل سن (بین ۱۸ تا ۳۵ سال)، جنس (تنها مرد)، سطح تحصیلات (از راهنمایی تا لیسانس)، سابقه عود (از ۲ تا ۵ بار)، عدم مصرف بالای داروهای ضدسایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین‌ها) و تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه در خصوص

همچنین گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی- رفتاری را به صورت گروهی بر اساس دستور العمل مابکل فری (۲۰۰۵) دریافت می کنند، اما گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکردند. قبل از آغاز جلسات درمان، پژوهشگر درباره ماهیت و اهداف تشکیل جلسات برای شرکت کنندگان توضیحاتی را ارائه شد و به سوالات مطرح شده از سوی آزمودنی ها نیز پاسخ داده شد. به شرکت کنندگان گروه کنترل نیز تعهد داده شد، پس از پایان جلسات درمان گروه آزمایش، برای آنها نیز جلسات درمانی برگزار شود. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه در پژوهش مطرح گردید و تمامی آزمودنی ها اعلام نمودند که با رضایت کامل در فرایند پژوهش حضور خواهند داشت. پس از تکمیل مقیاس افسردگی توسط دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، جلسات درمانی شناختی رفتاری و طرمواره درمانی به شیوه گروهی برای معنادان گروه آزمایش اجرا گردید، اما معنادان گروه کنترل تا پایان درمان هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره های درمانی بعدی قرار گرفتند.

شرکت در طرح پژوهش بود. وجود نشانگان شدید بالینی (براساس پرونده ی روان پزشکی فرد) و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک های خروج از مطالعه بود.

شیوه اجرا

بعد از تعیین نمونه پژوهش و مرکز درمانی مورد نظر، با بررسی مشخصات کلی مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه اولیه، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مشخص شدند و سپس براساس روش نمونه گیری تصادفی از جامعه در دسترس، سه گروه ۱۵ نفره جدا شد. مشارکت کنندگان در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. همه آزمودنی ها، تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل کردند. برای جلسات طرمواره درمانی سعی بر این است که منطبق با الگوی درمانی یانگ و به همان ترتیب با استفاده از راهبردهای شناختی و تجربی و الگوشکنی رفتاری روند مداخله اجرا شود. مداخله شامل ۱۵ جلسه طرمواره درمانی برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله ای دریافت نکرد. جلسات به صورت دو ساعته و هفته ای یک بار تشکیل شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرمواره درمانی گروهی (یانگ، ۲۰۰۳)

جلسه های درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	* مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه و انجام توافقات لازم آموزش مفهوم طرمواره، طرمواره درمانی، درمان گروهی و نحوه تکمیل کردن پرسش نامه طرمواره یانگ، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد
جلسه دوم	* تکمیل کردن پرسش نامه و انجام آزمون های اولیه آموزش در زمینه ارتباط بین طرمواره درمانی، اختلال سوء مصرف مواد، فرایندهای شناختی و اختلال شخص، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا (در برقراری ارتباط و تفهیم مفاهیم مورد نظر سعی شد از دستورالعمل های مراکز ترک وابستگی به مواد و گروه های خودیار در افراد وابسته به مواد، مانند دستورالعمل قدم های دوازده گانه NA ^۱ نیز استفاده شود.)
جلسه سوم	* (ادامه بحث سنجش و آموزش در روند درمان) ارتباط طرمواره با کودک درون بیان یک مثال از طرمواره ناسازگار عوامل موثر در اکتساب طرمواره
جلسه چهارم	* سنجش طرمواره از طریق تصویرسازی ذهنی شناخت و برانگیختن طرمواره های بیمار

^۱ Narcotics Anonymous step working guides

تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند.	
جلسه پنجم	* آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای
جلسه ششم	* آزمون اعتبار طرحواره‌ها الف. جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه ب. جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره
جلسه هفتم	* ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها
جلسه هشتم	* به کار بردن تکنیک گفت و گوی خیالی گفت و گوی طرحواره (گفت و گوی خیالی) توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره
جلسه نهم	* برقراری گفت و گو بین «جنبه طرحواره» و «جنبه سالم» بررسی فرم ثبت طرحواره: این کار به جهت اهداف مورد نظر در این جلسه بهتر است در ابتدای جلسه درمان صورت بگیرد.
جلسه دهم	* نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت و گوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی
جلسه یازدهم	* تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی
جلسه دوازدهم	* راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود
جلسه سیزدهم	* بررسی طرحواره ایثار و اطاعت در اعضای گروه
جلسه چهاردهم	* بررسی طرحواره محرومیت هیجانی و بازداری هیجان آموزش شیوه درست ابراز خشم (این کار هسته اصلی درمان است)
جلسه پانزدهم	* مرور تمرین‌های و تکالیف جلسه قبل در زمینه کنترل خشم بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها براساس طرحواره خویش‌داری و نبود خودانضباطی انجام اقدامات و آمادگی لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

جدول ۲. محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری (فری، ۲۰۰۵)

جلسه‌ها	محتوای جلسات
مقدماتی	آماده‌سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه.
اول	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم؛ تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه ی آینده.
دوم	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی آینده.
سوم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی بعد.

چهارم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی: آموزشی الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه ی بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه ی فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه ی فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
هفتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته ی آینده.
هشتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه ی بعد.
نهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب؛ تمرین: تهیه حد اقل یک سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه ی بعد.
دهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازدارنده قشری اختیاری؛ تمرین: بازدارنده قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته ی آینده.
یازدهم	مرور تکلیف جلسه ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود ه خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود ه خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
دوازدهم	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه افسردگی بک؛^۱ این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. پرسشنامه مورد نظر در جاتی از سطوح افسردگی خفیف، متوسط و شدید را بررسی می کند. برخی از سؤالات این پرسشنامه عبارت اند از: احساس غمگینی نمی کنم، نسبت به آینده بدبین هستم، همواره احساس گناه می کنم. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده اند (فتحی آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۸). در بررسی‌های انجام گرفته بر روی جمعیت ایرانی و در گروه دانشجویان دانشگاه تهران و علامه نتایج نشان دهنده آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (۱۲). ضریب آلفای

کرونباخ پرسشنامه مورد نظر در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه گردید.

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

نتایج

نتایج حاصل از بررسی جمعیت شناختی تحقیق نشان داد که از میان افراد با سوء مصرف مواد مخدر شرکت کننده در پژوهش، ۱۲ نفر (۲۶/۷۰ درصد) ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۰ نفر (۴۴/۴۰ درصد) ۲۵ تا ۳۰ سال و ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) ۳۰ تا ۳۵ سال سن دارند. از میان معتادان شرکت کننده در پژوهش، ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) از تحصیلات متوسطه اول، ۱۷ نفر (۳۷/۸۰ درصد) از تحصیلات متوسطه دوم، ۷

^۱ Beck Depression Inventory

نفر (۱۵/۶۰ درصد) از تحصیلات کاردانی و ۸ نفر (۱۷/۸۰ درصد) از تحصیلات در سطح کارشناسی برخوردارند. همچنین ۱۱ نفر (۲۴/۴۰ درصد) ۲ بار سابقه عود، ۱۳ نفر (۲۸/۹۰ درصد) ۳ بار سابقه عود، ۱۲ نفر (۲۶/۷۰ درصد) ۴ بار سابقه عود و ۹ نفر (۲۰ درصد) ۵ بار سابقه عود دارند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، به همراه مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	گروه	میانگین				انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	گواه	۱۳/۸۰	۱۴	۱۳/۶۰	۱/۰۸	۱/۳۰	۰/۹۱
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۱۳/۸۰	۱۲/۰۶	۱۱/۸۰	۱/۱۴	۱/۱۶	۱/۲۰
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۳/۶۶	۱۳/۱۳	۱۲/۸۶	۱/۱۱	۱/۱۸	۱/۰۶
جسمانی	گواه	۱۰/۷۳	۱۰/۸۶	۱۰/۸۶	۱/۱۶	۱/۲۴	۰/۹۹
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۱۱	۹/۳۳	۸/۹۳	۱/۴۱	۰/۹۷	۰/۷۹
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۰/۵۳	۱۰/۱۳	۹/۹۳	۱/۱۲	۱/۱۸	۱/۱۶
رفتاری	گواه	۱۲/۸۰	۱۳/۰۶	۱۲/۶۰	۱/۷۴	۱/۸۶	۱/۸۰
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۱۲/۶۶	۱۱/۵۳	۱۱/۳۳	۱/۵۸	۱/۴۰	۱/۲۹
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۳	۱۲	۱۱/۸۰	۱/۷۷	۱/۴۶	۱/۲۶
شناختی	گواه	۱۱	۱۱/۰۶	۱۰/۸۰	۱/۴۶	۱/۵۷	۱/۴۲
	آزمایشی درمان شناختی رفتاری	۱۱	۹/۴۶	۹/۶۶	۱/۱۹	۰/۸۳	۰/۸۹
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۱/۲۰	۱۰/۲۰	۱۰/۴۰	۱/۱۴	۰/۹۴	۱/۱۸

نتایج حاکی از این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای افسردگی تفاوت معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون و یلکز ۶۵ درصد می‌باشد، یعنی ۶۵ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. در ادامه به منظور بررسی اینکه بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ کدامیک از متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن به تفکیک در جدول ۴-۱۱ ارائه شده است.

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

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن

مرحل پژوهش	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	Eta
افسردگی		۲۹/۶۸	۲	۱۴/۸۴	۱۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶

پس آزمون	جسمانی	۲۰/۸۹	۲	۱۰/۴۴	۱۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	رفتاری	۱۸/۲۱	۲	۹/۱۰	۱۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	شناختی	۱۹/۴۹	۲	۹/۷۴	۲۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	افسردگی	۲۶/۸۰	۲	۱۳/۴۰	۲۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲
پیگیری	جسمانی	۳۰/۹۴	۲	۱۵/۴۷	۲۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	رفتاری	۱۱/۶۴	۲	۵/۸۲	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	شناختی	۹/۴۲	۲	۴/۷۱	۶/۹۲	۰/۰۰۳	۰/۲۶

درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه معنی دار است ($p \leq 0/01$). به عبارت دیگر نتایج بیان گر این است که تفاوت بین میانگین های تعدیل شده پیگیری در نمره افسردگی و مؤلفه های آن به تفکیک گروه معنی دار بوده است ($p \leq 0/01$). میزان این تأثیر در بهبود افسردگی در مرحله پیگیری ۵۲ درصد، در مؤلفه جسمانی ۵۳ درصد، در مؤلفه رفتاری ۳۶ درصد و در مؤلفه شناختی ۲۶ درصد است. در ادامه به منظور پی بردن به میزان دقیق تفاوت گروه های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر افسردگی و مؤلفه های در مرحله پس- آزمون و پیگیری مقایسه های زوجی با استفاده از آزمون بونفیری بر روی میانگین های تعدیل شده انجام شد که نتایج آن در جدول ۷ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۶، با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمره های پس آزمون در متغیر افسردگی و مؤلفه های آن در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه معنی دار است ($p \leq 0/01$). به عبارتی نتایج نشان می دهد تفاوت میانگین های تعدیل شده پس آزمون در نمره افسردگی و مؤلفه های آن به تفکیک گروه ها معنی دار بوده است ($p \leq 0/01$). میزان این تأثیر در بهبود افسردگی در مرحله پس آزمون ۴۶ درصد، در مؤلفه جسمانی ۴۰ درصد، در مؤلفه رفتاری ۴۱ درصد و در مؤلفه شناختی ۵۴ درصد است. همچنین بر اساس نتایج جدول فوق با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون تفاوت بین میانگین نمره های پیگیری در متغیر افسردگی و مؤلفه های آن در دو گروه آزمایشی

جدول ۵- نتایج آزمون بونفیری بر روی میانگین های تعدیل شده به تفکیک گروه ها

مراحل پژوهش	متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری (p)
افسردگی	درمان شناختی- رفتاری	گواه	درمان شناختی- رفتاری	۱/۹۸	۰/۰۰۱
		گواه	طرحواره درمانی	۰/۷۰	۰/۱۴۹
		گواه	گواه	-۱/۹۸	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	گواه	طرحواره درمانی	-۱/۲۸	۰/۰۰۳
		گواه	گواه	-۰/۷۰	۰/۱۴۹
		گواه	درمان شناختی- رفتاری	۱/۲۸	۰/۰۰۳
پس آزمون	درمان شناختی- رفتاری	گواه	درمان شناختی- رفتاری	۱/۶۷	۰/۰۰۱
		گواه	طرحواره درمانی	۰/۶۶	۰/۱۶۱
		گواه	گواه	-۱/۶۷	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	گواه	طرحواره درمانی	-۱/۰۰۹	۰/۰۱۶
		گواه	گواه	-۰/۶۶	۰/۱۶۱
		گواه	درمان شناختی- رفتاری	۱/۰۰۹	۰/۰۱۶
رفتاری	گواه	درمان شناختی- رفتاری	۱/۴۵	۰/۰۰۱	

۰/۰۰۱	۱/۲۱	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۱/۴۵	گواه	درمان شناختی- رفتاری	
۰/۹۹۹	-۰/۲۴	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۱/۲۱	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۹۹۹	۰/۲۴	درمان شناختی- رفتاری		
۰/۰۰۱	۱/۵۹	درمان شناختی- رفتاری	گواه	
۰/۰۰۱	۱/۰۲	طرحواره درمانی		شناختی
۰/۰۰۱	-۱/۵۹	گواه	درمان شناختی- رفتاری	
۰/۰۷۷	-۰/۵۷	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۱/۰۲	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۰۷۷	۰/۵۷	درمان شناختی- رفتاری		
۰/۰۰۱	۱/۸۶	درمان شناختی- رفتاری	گواه	
۰/۱۸۹	۰/۵۷	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۱/۸۶	گواه	درمان شناختی- رفتاری	افسردگی
۰/۰۰۱	-۱/۲۹	طرحواره درمانی		
۰/۱۸۹	-۰/۵۷	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۱	۱/۲۹	درمان شناختی- رفتاری		
۰/۰۰۱	۲/۰۴	درمان شناختی- رفتاری	گواه	
۰/۰۲۵	۰/۸۷	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۲/۰۴	گواه	درمان شناختی- رفتاری	جسمانی
۰/۰۰۲	-۱/۱۷	طرحواره درمانی		
۰/۰۲۵	-۰/۸۷	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۲	۱/۱۷	درمان شناختی- رفتاری		
۰/۰۰۱	۱/۱۹	درمان شناختی- رفتاری	گواه	پیگیری
۰/۰۰۵	۰/۹۱	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۱/۱۹	گواه	درمان شناختی- رفتاری	رفتاری
۰/۹۳۶	-۰/۲۸	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۵	-۰/۹۱	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۹۳۶	۰/۲۸	درمان شناختی- رفتاری		
۰/۰۰۲	۱/۱۲	درمان شناختی- رفتاری	گواه	
۰/۲۴۹	۰/۵۴	طرحواره درمانی		
۰/۰۰۲	-۱/۱۲	گواه	درمان شناختی- رفتاری	شناختی
۰/۲۰۵	-۰/۵۸	طرحواره درمانی		
۰/۲۴۹	-۰/۵۴	گواه	طرحواره درمانی	
۰/۲۰۵	۰/۵۸	درمان شناختی- رفتاری		

پیگیری متغیر افسردگی ایجاد کرده است ($p < ۰/۰۱$) اما مداخله طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر کلی

مندرجات جدول فوق نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری در مرحله پس آزمون و

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در معنادان انجام شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی ایجاد کرده است اما مداخله طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر کلی افسردگی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد نکرده است. به عبارت بهتر درمان شناختی- رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه ۱/۹۸ و در مرحله پیگیری ۱/۸۶ نمره کاهش در مقدار افسردگی معنادان ایجاد کرده است، تأثیرگذاری بیش تر درمان شناختی- رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در کاهش افسردگی در مرحله پس آزمون ۱/۲۸ و در مرحله پیگیری ۱/۲۹ نمره بوده است. در مولفه اعلام جسمانی افسردگی نیز درمان شناختی رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه ۱/۶۷ و در مرحله پیگیری ۲/۰۴ نمره کاهش ایجاد کرده است، تأثیرگذاری بیش تر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در بهبود اعلام جسمانی افسردگی در مرحله پس آزمون ۱/۰۰۹ و در مرحله پیگیری ۱/۱۷ بوده است. در مؤلفه های اعلام رفتاری و شناختی افسردگی در مرحله پس آزمون هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده اند ($p \leq 0/01$) که این تفاوت در درمان شناختی رفتاری در مؤلفه اعلام رفتاری کاهش ۱/۴۵ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۱/۲۱ نمره ای است و در مؤلفه اعلام شناختی در درمان شناختی رفتاری این تفاوت کاهش ۱/۵۹ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۱/۰۲ نمره ای می باشد، اما تفاوت دو درمان در مؤلفه های اعلام رفتاری و شناختی افسردگی نسبت به همدیگر معنی دار نیست ($p \geq 0/01$). در مرحله پیگیری در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده اند ($p \leq 0/01$) که این تفاوت در درمان شناختی رفتاری در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی کاهش ۱/۱۹ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۰/۹۱ نمره ای می باشد. اما در مرحله پیگیری تفاوت دو درمان در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی نسبت به همدیگر معنی دار نیست ($p \geq 0/01$). در نهایت در مرحله پیگیری در مؤلفه اعلام شناختی افسردگی درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده است ($p \leq 0/01$) که این تفاوت با کاهش ۱/۱۲ نمره ای در مقدار اعلام شناختی افسردگی نمایان است.

افسردگی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد نکرده است ($p \geq 0/01$) به عبارت بهتر درمان شناختی رفتاری در مرحله پس- آزمون نسبت به گروه گواه ۱/۹۸ و در مرحله پیگیری ۱/۸۶ نمره کاهش در مقدار افسردگی معنادان ایجاد کرده است، تأثیرگذاری بیش تر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در کاهش افسردگی در مرحله پس آزمون ۱/۲۸ و در مرحله پیگیری ۱/۲۹ نمره بوده است. در مولفه اعلام جسمانی افسردگی نیز درمان شناختی رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه ۱/۶۷ و در مرحله پیگیری ۲/۰۴ نمره کاهش ایجاد کرده است، تأثیرگذاری بیش تر درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در بهبود اعلام جسمانی افسردگی در مرحله پس آزمون ۱/۰۰۹ و در مرحله پیگیری ۱/۱۷ بوده است. در مؤلفه های اعلام رفتاری و شناختی افسردگی در مرحله پس آزمون هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده اند ($p \leq 0/01$) که این تفاوت در درمان شناختی رفتاری در مؤلفه اعلام رفتاری کاهش ۱/۴۵ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۱/۲۱ نمره ای است و در مؤلفه اعلام شناختی در درمان شناختی رفتاری این تفاوت کاهش ۱/۵۹ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۱/۰۲ نمره ای می باشد، اما تفاوت دو درمان در مؤلفه های اعلام رفتاری و شناختی افسردگی نسبت به همدیگر معنی دار نیست ($p \geq 0/01$). در مرحله پیگیری در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده اند ($p \leq 0/01$) که این تفاوت در درمان شناختی رفتاری در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی کاهش ۱/۱۹ نمره ای و در طرحواره درمانی کاهش ۰/۹۱ نمره ای می باشد. اما در مرحله پیگیری تفاوت دو درمان در مؤلفه اعلام رفتاری افسردگی نسبت به همدیگر معنی دار نیست ($p \geq 0/01$). در نهایت در مرحله پیگیری در مؤلفه اعلام شناختی افسردگی درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری ایجاد کرده است ($p \leq 0/01$) که این تفاوت با کاهش ۱/۱۲ نمره ای در مقدار اعلام شناختی افسردگی نمایان است.

زمانی سازمان یافته و بر این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد با اختلال سوء مصرف مواد، عمدتاً بر حسب شیوه ساخت‌یابی جهان از دیدگاه او تعیین می‌شود (۲۵). مدل آسیب شناختی بک، بر نقش محوری تفکر در انگیزش و ابقای افسردگی، اضطراب و خشم تأکید می‌کند. نتایج پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی قابل ملاحظه درمان شناختی رفتاری و درمان بین فردی در درمان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد اشاره داشته‌اند (۲۶). مرور نتایج چند پژوهش فراتحلیل اخیر در مورد افسردگی نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری بر درمان افسردگی اساسی مؤثر است و در مقایسه با طرحواره‌درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار است (۲۷). در تبیین دیگر دلیل اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی در کاهش افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد می‌توان بیان داشت که طبق نظریه بک، اختلالات هیجانی در افراد با سوء مصرف مواد، متشکل از ۳ عنصر مهم است: نخستین جزء، وجود افکار منفی خودآیند می‌باشد که به صورت خودکار آمد به ذهن فرد با سوء مصرف مواد رسیده و در اکثر موارد کاملاً درست و منطبق با واقعیت به نظر می‌رسند. این افکار باعث بروز آشفتگی در خلق شده و خود، افکار و تصاویر ذهنی دیگری را بر می‌انگیزد. جزء دوم وجود خطاهای شناختی منظم در تفکر فرد سوء مصرف مواد است. برخی از این خطاها عبارتند از: تعمیم بیش از حد، شخصی‌سازی و تفکر همه یا هیچ. جزء سوم عبارتست از وجود طرحواره‌های افسرده‌ساز. مدل درمان شناختی بر اساس رابطه بین افکار، احساسات و رفتار مبتنی است. علائم و نشانه‌های افسردگی ناشی از تحریفات شناختی است. حلقه بازخوردی که افسردگی وجود دارد به این صورت است که نشانگان فرد مبتلا از ایده‌ها و عقایدی که با آنها آغاز می‌شوند تغذیه کرده و از آنها حمایت می‌کنند. از طریق ارائه مدل شناختی می‌توان به افراد کمک کرد تا حلقه‌های این نظام بازخوردی را کوتاه‌تر کنند. افراد با سوء مصرف مواد به علت نوع تفکرشان که ریشه در افسردگی دارد قادر به ابراز عواطف نیستند (۲۸). این یافته همسو با نتایج مطالعات دیگر مبتنی بر تاثیر تکنیک‌های شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی می‌باشد (۲۹). مطالعات بسیاری حاکی از آن است که خلق افسرده می‌تواند به عنوان

رفتاری، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بسیار پایین گزارش کردند و در نهایت مداخله طرحواره‌درمانی را در بهبود برخی علائم روان شناختی بیماران اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری گزارش کردند. نکته مهم در اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی در پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه تبیین نمود که طبق دیدگاه بک نظام فکری فرد افسرده را افکار منفی او درباره خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌دهند. افکار منفی درباره خود عبارتند از: اعتقاد فرد افسرده به اینکه او معیوب و بی‌کفایت است و چون باور دارد که معیوب است، اعتقاد دارد که هرگز به خوشنودی دست نخواهد یافت. افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می‌دهد. او موانع منفی را به صورت موانع غیرقابل گذر تعبیر می‌کند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره تجربه او وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می‌کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می‌دهند به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت (۲۲). بر این اساس برتری درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی در کاهش افسردگی را می‌توان به این مسئله مربوط دانست که درمان شناختی-رفتاری بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند. بیشتر دیدگاه‌های اخیر از این مدل که بر ارتباط میان ماهیت رویدادهای افسردگی و تفسیرهای بیماران از این رویدادها تأکید دارد، حمایت می‌کنند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند (۲۳). سوگیری شناختی باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شود. در این حالت بیشتر احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی به شیوه‌ای اغراق آمیز، شخصی شده و منفی تفسیر شود (۲۴). همچنین در مقایسه با طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود، از لحاظ

امکان کنترل برخی متغیرهای مزاحم، محدودیت در استفاده از یک ابزار واحد، محدود بودن جامعه آماری و نمونه پژوهشی به شهر تهران و کوتاه بودن دوره درمان، از محدودیت‌های تحقیق بوده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی حجم نمونه بزرگتری انجام گیرد تا فرضیات با قوت بیشتری تایید یا رد شوند. از آنجایی که این درمان‌ها در افراد با سوء مصرف مواد در شهر تهران انجام گرفت، توصیه می‌گردد در کار با افراد با سوء مصرف مواد در مناطق مختلف نیز به کار گرفته شود. توصیه می‌شود این پژوهش بر افراد با سوء مصرف مواد که دچار اختلال سایکوتیک و همچنین معتادانی که دچار اختلالات شخصیت هستند، نیز برای تعیین میزان اثربخشی صورت گیرد. به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی می‌تواند روشی کاربردی در کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد باشد، همچنین می‌تواند یک مسیر درمانی روشن را به درمانگران این مراکز عرضه کند. پیشنهاد می‌گردد مشاوران و روان‌شناسان با توجه به نتایج پژوهش حاضر جلسات و کارگاه‌های آموزش درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌های درمانی را در برنامه کاری خود قرار دهند. به متخصصین بهداشت روان پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ای مدون و فراگیر برای ارتقای سطح سلامت روانی مردم با استفاده از روش آموزش درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌های درمانی صورت داده تا از عواقب ناشی از مشکلات بیماری‌های روانی و مشکلات عاطفی جلوگیری شود تا منجر به بیماری‌های جسمانی نشود.

یک برانگیزاننده عمل کرده و فرد را به سمت مصرف مواد سوق دهد. از طرفی مصرف مواد خصوصاً به بروز افسردگی در فرد منجر می‌شود.

در نهایت می‌توان گفت که در این پژوهش کارآیی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر میزان پس از جلسات درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی به طور معناداری بهبود پیدا کرده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر فراهم کند. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام آن در نمونه کوچک اشاره نمود که قابلیت تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه را ندارد. نداشتن پیگیری بلندمدت به علت محدودیت زمان و روش خود گزارش‌دهی ابزار از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. نبود

References

- 1-Gordon KC, Baucom DH, Snyder DK. Treating couples recovering from infidelity: an integrative approach. *J Clin Psychol*. 2019; 61(11): 1393-405.
- 2-Hofmann, Wilhelm., Friese, Malte., & Strack, Fritz. Impulse and Self-Control From a Dual-Systems Perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2019; 4 (2), 162-176.
- 3-Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol*. 2018; 68(2):351-355.
- 4-Javidi N, Soleimani A, Ahmadi KH, Samadzadeh M. The effectiveness of training of emotion management strategies according to emotionally focused couple therapy (EFT) to increase sexual satisfaction in couples. *Health Psychology*. 2012; 1(3):1-14. [Persian]

- 5- Mohanaee, S., Golestaneh, S., Poladei Rayshahri, A., Keykhosrovani, M. Effectiveness of couple therapy by Young schema therapy method on marital adjustment and emotional divorce in divorce applicant couples of Bushehr city. *Scientific Journal of Social Psychology*, 2019; 7(51): 109-118.
- 6- Moradi S, Yeganeh T, Najafi K, Abolghasemi A, Haghparast N. The Role of Cognitive Failure, Innovation and Risk-Taking in Explanation of Internet Addiction. *JHC* 2017; 19 (2) :177-188
- 7-Chacon, C. T. Teachers' perceived efficacy among English as a foreign language teacher in middle schools in Venezuela. *Teaching and Teacher Education*, 2017: 21, 257-272.
- 8-Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *J Marital Fam Ther.* 2019; 38 1:23-38.
- 9-Friedman, N. P., & Miyake, A. The relations among inhibition and interference control functions: A latent-variable analysis. *Journal of Experimental Psychology*, 2014: 133, 101-135.
- 10-Hamidpoor H. Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder [MA thesis]. University of Behzisti Sciences and Rehabilitation. 2017: 2 (3):45-59.
- 11- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A., Sepehri Shamloo, Z. The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2019; 9(1): 5-24. doi: 10.22067/ijap.v9i1.69238
- 12- rahimaghaee F, hatampour K, ashoori J. The Effect of Group Schema Therapy on Decrease Symptoms of Depression and Increase Quality of life among Nurses. *3 JNE* 2017; 6 (3) :17-23
- 13- shokhmgar, Z. Effectiveness of schema therapy in reducing Mental health problems caused by extramarital relationships in couples. *Quarterly Journal of Health Breeze*, 2016; 5(1): 1-7.
- 14-An, H., He, R. H., Zheng, Y. R., & Tao, R. Cognitive-behavioral therapy. Zhang et al. (eds.), *Substance and Non-substance Addiction, Advances in Experimental Medicine and Biology*. Singapore: Springer Nature Singapore. 2017: 2(4): 26-73.
- 15-Kayaoğlu, K., & Şahin Altun, Ö. The effect of combined cognitivebehavioral psychoeducation and music intervention on stress, selfefficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 2021: 5(2), 102-109.
- 16-Mayock, P., & Butler, S. Pathways to 'recovery'and social reintegration: The experiences of long-term clients of methadone maintenance treatment in an Irish drug treatment setting. *International journal of drug policy*, 2021: 90(10), 30-42.
- 17-Ray, L. A., & Roche, D. J. Neurobiology of craving: current findings and new directions. *Current addiction reports*, 2018: 5(2), 102-109.
- 18-Taniguchi, C., Tanaka, H., Nozaki, Y., & Sakakibara, H. Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International journal of nursing practice*, 2018: 24(4), 126-147.
- 19- Tanbakouchian R, Zanganeh F, Bayat M R. Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout. *RBS* 2021; 19 (1) :1-12
- 20-Roberts-Lewis, A.C., Parker, S., Welch, C., Wall, A., Wiggins, P. Evaluating the cognitive and behavioral outcomes of incarcerated adolescent females receiving substance abuse treatment: A pilot study, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2009: 18(2), 157-171.
- 21-Yen, C.F., Wu, H.Y., Yen, J.Y., KO, C.H. Effects of brief cognitivebehavioral. 2004: 2 (3): 44-55.
- 22-Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. New York: Guilford Publications. 2014: 5 (2): 15-33.
- 23- Akbari Z. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on continence: in addicts who reoffered to Tehran centers residence of addiction treatment. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6 (2) :74-85
- 24-I L Lemos, C N Abreu, E B Sougey. Internet and video game addictions: a cognitive behavioral approach. *Dependencia de Internet e de jogos eletronicos: um enfoque cognitivo-comportamental*. 2014: 68, 402-411.
- 25-Kamarzin , H; Zare; H; BrookiMilan; H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and the improvement of addiction symptoms in drug-dependent patients. 2011: (6) (22).
- 26-Quimicides , Ch; Reynolds , M; Drummond, Ch; Tarier, N. *Cognitive Behavioral Addiction*. Translation of Mohammadxani, Abedi (2012). Tehran. Danzheh.
- 27-Shariati , M E; Izadikhah , Z; Molavi , H; Salehi, M Comparison of the effectiveness of Cognitive-behavioral therapy group with treatment based on improving quality of life on self-efficacy of addicted people. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2013: 11 (4), 288-279.

- 28-Tabatabaee Chahar , M; Ebrahimi sani , E ; Mortazavi , H The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Changing of Irrational Beliefs in Male Addicts. North Khorasan University of Medical Sciences, 2012: 4 (2), 430-419.
- 29-Tajery, B; Ahadi, H; Jomehri, F. The study of the effect of cognitive-behavioral therapy on avoidance, temptation, relapse and change in attitude of glass addicts. Quarterly Journal of Clinical Psychology, 2011: 2 (7).

*Original Article***Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Reducing Depressive Symptoms in Drug Addicts**

Received: 06/04/2023 - Accepted: 01/06/2023

Samaneh Salamian¹
Mostafa Heydari^{2*}
Asghar Norouzi³¹ Ph.d student, Department of Health Psychology, Tonekabon Branch Islamic Azad University, Tonekabon, Iran² Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. (Corresponding author)³ Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch Islamic Azad University, Sari, Iran

E-mail: mo.heydari@uswr.ac.ir

Abstract**Introduction**

Substance abuse is one of the most common and costly health problems in the world today. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on reducing depressive symptoms in people with drug abuse.

Material and Method

The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group. The statistical population of the research included all the people who were suffering from substance abuse and went to government addiction treatment centers in the 5th district of Tehran for the treatment of their addiction within three months (December 2021 to March 2021). 45 subjects were selected and randomly replaced in three equal groups of 15 people. 12 sessions of cognitive-behavioral psychotherapy (Frey, 2005) and 15 sessions of schema therapy (Yang, 2003) were performed. Beck's depression questionnaire (1987) was used to collect information. SPSS software and multivariate covariance analysis tests were used for data analysis.

Results

The results of the research showed that the cognitive-behavioral therapy compared to the control group has created a significant difference in the post-test and follow-up stage in the depression variable ($p \geq 0.01$), but the schema therapy intervention in the post-test and follow-up stage in The general variable of depression did not make a significant difference compared to the control group ($p \geq 0.01$).

Conclusion

Based on the findings of the research, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy was more effective than schema therapy. Therefore, cognitive-behavioral therapy can be a treatment of choice to reduce depression in people with drug abuse.

Key words

cognitive behavioral therapy, schema therapy, depression.

Acknowledgement: There is no conflict of interest