

## Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on self-efficacy and its components in addicts undergoing methadone maintenance treatment: A clinical trial study

Bitā Salasi<sup>1</sup>, Mohammad Arash Ramezani<sup>2</sup>, Faezeh Jahan<sup>3</sup>

1- PhD Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: Arash98@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

Received: 18/10/2022

Accepted: 15/03/2023

### Abstract

**Introduction:** Addiction treatment is one of the challenges facing mental health studies, leading to failure if psychological components are not considered.

**Aim:** The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on the self-efficacy of addicts undergoing methadone maintenance treatment.

**Method:** The research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design. The study population included all addicts undergoing methadone maintenance treatment in de-addiction clinics in district 5 of Tehran during 2021-2022, of which 3 clinics and 54 patients were purposefully selected, based on the inclusion and exclusion criteria and placed randomly in two experimental groups and one control group. The research instrument was Sherer's General Self-efficacy Scale (1982). The data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test through SPSS-26.

**Results:** The results showed that schema therapy significantly affected self-efficacy ( $P < 0.001$ ,  $F(1.167, 32.687) = 43.881$ ). Emotion-focused therapy also improved significantly self-efficacy ( $P < 0.001$ ,  $F(2, 56) = 29.048$ ). Moreover, the results from comparing the two treatment methods indicated that in the post-test stage, emotion-focused therapy was more effective in improving self-efficacy and the component "coping with obstacles" in addicts undergoing methadone maintenance treatment than schema therapy.

**Conclusion:** Considering the effectiveness of both treatments on self-efficacy and its components, it is suggested that therapists of addicts, especially patients treated with methadone, use these treatment methods to treat clients. Additionally, as emotion-focused therapy had a relative superiority, it can be used especially to improve coping with obstacles.

**Keywords:** Schema therapy (SCT), Emotion-focused therapy (EFT), Addiction treatment, Methadone maintenance treatment, Self-efficacy

---

**How to cite this article:** Salasi B, Ramezani MA, Jahan F. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on self-efficacy and its components in addicts undergoing methadone maintenance treatment: A clinical trial study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10(1): 139-154. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1853-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون، یک مطالعه کارآزمایی بالینی

بینا ثلاثی<sup>۱</sup>، محمد آرش رضانی<sup>۲</sup>، فائزه جهان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Arash98@gmail.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** درمان اعتیاد یکی از چالش‌های حوزه مطالعات سلامت روان است که بدون توجه به مولفه‌های روانشناختی به شکست می‌انجامد.

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی معتادین با درمان نگهدارنده متادون بود.

**روش:** مطالعه حاضر از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی معتادین تحت درمان نگهدارنده متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۵ تهران طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. که از این میان ۳ کلینیک و ۵۴ بیمار به صورت هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی خودکارآمدی را به شکل معناداری تحت تاثیر قرار داده است ( $P < 0/001$ )،  $F(1/167, 32/687) = 43/881$ . همچنین درمان هیجان‌مدار نیز خودکارآمدی را در سطح معناداری بهبود بخشیده است ( $P < 0/001$ )،  $F(2) = 56$ . از سوی دیگر نتایج مقایسه این دو درمان با یکدیگر نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر بهبود متغیر خودکارآمدی و مولفه «رویارویی با موانع» در معتادین با درمان نگهدارنده متادون در مرحله پس‌آزمون اثربخشی بالاتری نسبت به طرحواره درمانی داشته باشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی هر دو درمان بر خودکارآمدی و مولفه‌های مربوط به آن، به درمانگران حوزه اعتیاد به ویژه بیماران تحت درمان با متادون پیشنهاد می‌شود از روش‌های درمانی حاضر جهت درمان مراجعین استفاده کنند و در این میان با توجه به اینکه درمان هیجان‌مدار برتری نسبی نشان داده است از این درمان به ویژه می‌توان برای بهبود رویارویی با موانع استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره درمانی، درمان هیجان‌مدار، درمان اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون، خودکارآمدی

## مقدمه

مصرف مواد مخدر در سال‌های اخیر یکی از جدی‌ترین معضلات بشری است، به‌نحوی که از آن به‌عنوان پدیده‌ای منجر به تحلیل پایه‌های بنیادی جوامع بشری یاد می‌کنند. اختلالات مصرف مواد<sup>۱</sup> مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به‌رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است (روهر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بیشتر از ۶۸٪ از مرگ‌ومیر مرتبط با مواد مخدر شامل مواد افیونی بوده است که افزایش قابل‌توجهی از مرگ‌ومیر در حدود ۴/۲۰۰/۰۰۰ هزار نفر بر اثر استفاده بیش از اندازه از مواد غیرقانونی بدون نسخه را شامل شده است (سی‌سه‌ته<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). شواهد آماری ثبت شده در ایران خبر از وجود ۱۲۰۰۰۰۰ نفر معتاد دائمی و ۸۰۰ هزار نفر افراد مصرف‌کننده تفنی می‌دهد که سالانه ۱۷۳/۰۰۰/۰۰۰ میلیون تومان سرمایه ملی را از کشور خارج می‌کند (آلوا<sup>۴</sup>، محمد، کاظمی تبار، برومبرگ<sup>۵</sup>، گارسیا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست یکی از شایع‌ترین درمان‌ها برای بیماران معتاد با رفتارهای پرخطر است (سیدفاطمی، پیروی و جلالی، ۲۰۱۴). سازمان بهداشت جهانی نزدیک به یک دهه است که متادون را به‌عنوان یک داروی ضروری شناخته است (کالکاترا<sup>۷</sup>، باج، چادی، چادی، کیمل و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹).

علیرغم فواید بسیار گفته شده، عوارض ناشی از مصرف طولانی مدت و مشکلات هم‌زمان با بیماری‌های زمینه‌ای

مصرف‌کنندگان نیاز ما را به استفاده از درمان‌های اثربخشی که سبب کاهش دوز مصرفی و همچنین در پایان مداخلات روانشناختی ترک کامل متادون شود، بسیار توجه می‌کند. طیف وسیعی از مطالعات انجام شده پیشنهاد می‌کنند که مصرف مواد مخدر غیرقانونی ممکن است قابلیت‌های خودکارآمدی<sup>۸</sup> افراد را مختل کند (کالکاترا و همکاران، ۲۰۱۹؛ ده‌می‌یر، استال و بایرت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶). در مقابل می‌توان گفت که خودکارآمدی یک مولفه محافظتی است و سبب می‌شود فرد برای درمان اعتیاد انگیزه‌مند شود در نتیجه در این زمینه یک مولفه محوری است (مختار محمد، صالح حسن و محمود عبدالمنعم، ۲۰۲۲).

مفهوم خودکارآمدی توسط آلفرد بندورا<sup>۱۰</sup> بیان شده است، خودکارآمدی با اعتقاد و باور مسلم فرد از توانمندی برای انجام دادن عملی خاص تعریف می‌شود (بشر پور و احمدی، ۲۰۲۰؛ خوشوقت، نادری، صفرزاده و عزیزاده، ۲۰۲۱). برخی مطالعات نیز معتقدند که خودکارآمدی ارتباط نزدیکی با سلامت جسمی و روانی (شوارتز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴)، عملکرد تحصیلی (حیات، شاطری، امینی و شکرپور، ۲۰۲۰) و مهارت‌های شغلی دارد (سیدی، گارانتی و سادا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۲). در پژوهشی محققان به بررسی ارتباط بین خودکنترلی و خودکارآمدی با اختلال مصرف مواد پرداخته و نتایج خبر از ارتباط قوی و معنادار بین خودکارآمدی بالا و کاهش میزان تخریب در اختلال مصرف مواد دارد (یانگ، ژو، سائو، ژای و ان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). خودکارآمدی نتایج درمان‌های دارویی را بهبود

<sup>1</sup>- Substance Use Disorders (SUD)

<sup>2</sup>- Roehr

<sup>3</sup>- Csete

<sup>4</sup>- Alawa

<sup>5</sup>- Bromberg

<sup>6</sup>- Garcia

<sup>7</sup>- Calcaterra, Bach, Chadi, Chadi, Kimmel & et al

<sup>8</sup>- Self-efficacy

<sup>9</sup>- Demeyer, Staal & Beyaert

<sup>10</sup>- Bandura

<sup>11</sup>- Schwarzer

<sup>12</sup>- Saily, Garanti & Sadaka

<sup>13</sup>- Yang, Zhou, Cao, Xia & An

پژوهش‌های متفاوت اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خود انتقادی و علائم بالینی قابل توجه افسردگی و اضطراب (استیگلر، مودل و چنس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸)، زنان مبتلا به اختلال پرخوری<sup>۸</sup> (گیلستی، استرودل و کینگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸)، نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن (رضایی، محمدخانی و جعفری روشن، ۲۰۲۱)، کاهش خود انتقادی و افزایش شفقت به خود (دالگلیش<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳)، مشکلات در تنظیم هیجان و سبک زندگی ارتقای سلامت زنان چاق (یعقوبی، بیاضی، بابایی و اسدی، ۲۰۲۰) به اثبات رسیده است. همچنین نتایج تحقیق گولدمن و گرینبرگ<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۵) حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار را می‌توان به‌طور موفقیت‌آمیزی برای درمان اختلالات شخصیت که در بیماری اعتیاد موج می‌زند، استفاده کرد اما بایستی توجه و حضور کامل درمانگران به ظرفیت‌های هیجانی مراجعین برای تنظیم، تأمل یا ذهنی کردن هیجان‌اتشان لحاظ گردد و در واقع تکنیک‌های درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به سازمان‌دهی هیجان‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت کمک زیادی کند.

درمان دیگر مورد توجه در این پیوستار، طرحواره درمانی<sup>۱۲</sup> است. یانگ با تلفیق مداخلات روانشناختی، تجربی و الگو شکنی رفتاری جهت درمان وسیعی از اختلالات روانشناختی، طرحواره درمانی را ابداع کرد. طرحواره درمانی مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلالات شخصیت اجتنابی، مرزی، خودشیفته، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس

می‌بخشد (فرید<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ جونز، جک، کیربی، کیربی، ویلسون و مورفی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). از آنجاکه بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه خودکارآمدی در جامعه دانشجویان و گروه‌های دیگر انجام شده است (معنوی پور و سعیدیان، ۲۰۱۶؛ این‌گار و استین‌هت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷)؛ و تعداد کمی با بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد، به‌ویژه معتادین با درمان نگهدارنده متادون سروکار داشتند، به نظر می‌رسد ارزش بالقوه‌ای در ارزیابی ارتباط بین خودکارآمدی و اختلال مصرف در افراد با درمان نگهدارنده متادون وجود دارد.

با توجه به مطالبی که گفته شد، به نظر می‌رسد عوامل روانشناختی بسیاری در میل به مصرف مواد و همچنین بازگشت پس از ترک، تأثیرگذار هستند؛ بنابراین مداخلاتی که به وجوه روانشناختی فرد پردازند در چندین دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است. از جمله این درمان‌ها، درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی است. درمان هیجان‌مدار<sup>۴</sup> درمانی انسان‌گرا و تجربی است، در این درمان تمرکز درمانگر نه تنها به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب مراجع مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی مراجع را نیز در نظر می‌گیرد (گرینبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴).

درمان هیجان‌مدار با هدف کمک به مراجعان برای آگاهی از هیجان‌اتشان و استفاده مفید از هیجان‌هایشان طراحی شده است. هیجان‌ات وضعیت اساسی پردازش در عمل را تعیین می‌کنند (الیوت و شاهار<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). در

7- Stiegler, Molde & Schanche

8- Binge-eating disorder

9- Glisenti, Strodl & King

10- Dalgleish

11- Goldman & Greenberg

12- Schema Therapy

1- Fareed

2- Jones, Jack, Kirby, Wilson & Murphy

3- Ein-Gar & Steinhart

4- Emotional Focused Therapy (EFT)

5- Greenberg

6- Elliott & Shahar

بوده است، باین‌وجود پیشینه پژوهشی مرتبط با افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در درمان هیجان‌مدار یافت نشد؛ به‌علاوه در خصوص بررسی مقایسه‌ای دو روش طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار در گروه مذکور خلأ پژوهشی احساس می‌شود که این امر لزوم پژوهش و بررسی بر روی مقایسه اثربخشی این مداخلات را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج این مداخلات می‌تواند به درمانگران کمک کند تا روش‌های مؤثرتری را برای درمان انتخاب کنند؛ بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا از نظر اثربخشی بین درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر بهبود خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معنادین با درمان نگهدارنده متادون تفاوت معناداری وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر به لحاظ رویکرد جزء تحقیقات آینده‌نگر، به لحاظ هدف تحقیق در زمره تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش تحقیق شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (آزمایش ۱= درمان هیجان‌مدار، آزمایش ۲= طرحواره درمانی)، یک گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۵ تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود، که به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بطور تصادفی ۱۰ کلینیک و در نهایت ۳ کلینیک انتخاب شدند. شرکت کنندگان پژوهش از این کلینیک‌ها انتخاب و بطور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. حجم استفاده شده برای نمونه‌ها با توجه به روش تحقیق آزمایشی در هر گروه ۱۵ نفر و در کل ۴۵

پس از سانحه و اختلال مصرف مواد مورد ارزیابی قرار گرفته است و اثربخشی آن تأیید شده است (یانگ<sup>۱</sup>)، ۱۹۹۹). یانگ معتقد است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی می‌باشند که در نتیجه تجارب دوران کودکی شکل می‌گیرند (هاواک<sup>۲</sup> و پروونچر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). شواهدی دال بر اثربخشی طرحواره درمانی در افرادی با اختلالات شخصیت و رفتارهای پیچیده بسیار گسترده است (ون ویجک هربرینک و آرنتز، برویرز، رولوفس و برنستین<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). طرحواره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و در ناسازگاری بین زوجین، باعث بهبودی بیماران شده است (سمپتگوی، کارمن، آرنتز و بکر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ دیکوت و آرنتز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ هوپوود، پینکوز و ورایت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). در مطالعه‌ای دیگر روشن شد که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مصرف‌کننده الکل و دیگر مواد وجود دارد و آن‌ها از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند (شوری، استوارت و اندرسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش ثلاثی و شوقی (۱۴۰۱) با بررسی بیماران با درمان نگهدارنده متادون نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند.

با توجه به پیشینه پژوهشی، هر دو درمان بر بسیاری از مشکلات روانشناختی در گروه‌های مختلف تأثیرگذار

<sup>1</sup>- Young

<sup>2</sup>- Hawke & Provencher

<sup>3</sup>- Van-Wijk-Herbrink, Arntz, Broers, Roelofs & Bernstein

<sup>4</sup>- Sempétegui, Karreman, Arntz & Bekker

<sup>5</sup>- Dickhaut & Arntz

<sup>6</sup>- Hopwood, Pincus & Wright

<sup>7</sup>- Shorey, Stuart & Anderson

داشته و هیچگونه ماده دیگری مصرف نکرده باشند، دریافت تشخیص تنها مصرف درمان نگهدارنده با متادون توسط پزشک کلینیک، تمایل آزادانه به شرکت در جلسات درمانی، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۴ سال بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: ابتلاء به اختلال‌های دیگر (نظیر اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال وسواس)، مصرف الکل، مصرف مواد دیگر، مصرف داروهای ضد افسردگی، انصراف از شرکت در جلسات درمانی و همچنین عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی زمینه‌ای مانند بیماران قندی، بیماران قلبی و سرطانی و کبدی و بیماری‌هایی که هم‌زمان داروهای که با مصرف متادون خطر اوردوز رو بالا می‌برند، بود.

افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل و داده‌های بدست آمده ثبت شد. سپس روی گروه آزمایشی اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) براساس پروتکل طرحواره درمانی یانگ، کلسکو و ویشار<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) بسته آموزشی طرحواره درمانی، و روی گروه آزمایشی دوم ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) براساس پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ (۲۰۰۴) بسته آموزشی درمان هیجان‌مدار اجرا و گروه کنترل هیچگونه درمان روانشناختی را دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل و داده‌های بدست آمده ثبت شد. بار دیگر در پایان دوره ۹۰ روزه، در مرحله پیگیری افراد شرکت‌کننده در هر ۳ گروه توسط پرسشنامه خودکارآمدی ارزیابی و داده‌های بدست آمده ثبت شد. شایان ذکر است ارزیابی توسط همکاری

نفر انتخاب شدند. براساس نرم‌افزار جی‌پاور<sup>۱</sup> با روش آنالیز واریانس و با در نظر گرفتن مقدار اندازه اثر متوسط ۰/۵۰ (کوهن، ۱۹۹۲)، سطح احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و سطح احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد، حجم نمونه برابر ۴۵ نفر بدست آمد که در هر گروه ۱۵ نفر توزیع شدند. با در نظر گرفتن ریزش ۲۰ درصد حجم نمونه در هر گروه ۱۸ نفر برآورد شد. از همین رو نمونه مورد مطالعه شامل ۵۴ نفر از مراجعین که درمان نگهدارنده با متادون گرفته و در بازه زمانی اجرای پژوهش به کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۵ تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا از لیست کل کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۵ تهران، به‌طور تصادفی ۱۰ کلینیک و سپس ۳ کلینیک به‌طور تصادفی، انتخاب شدند (کلینیک‌های آینده بهتر، پردیس تهران و سفیر) و پس از هم‌تاسازی از نظر سن، تحصیلات و جنسیت، به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه طرحواره درمانی، درمان هیجان‌مدار و گروه گواه گمارده شدند. پس از احتساب ریزش و حذف داده‌های پرت، نهایتاً ۱۸ نفر برای گروه آزمایش اول ۱۸ نفر برای گروه آزمایش دوم و ۱۸ نفر برای گروه کنترل گمارش تصادفی شدند. در طول فرآیند درمان ریزش نمونه‌ها در نهایت باعث شد که در هر گروه ۱۵ نفر تا پایان درمان باقی بمانند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از افرادی که مصرف اصلی آن‌ها مواد: هروئین، تریاک، شیره و کراک به مدت ۵ تا ۱۰ سال باشد و فقط شیوه مصرف آن‌ها تدخینی باشد، افراد حاضر در پژوهش همگی بایستی به مدت یکسال بر روی درمان نگهدارنده با متادون قرار

<sup>۲</sup>- Yang, Klosko & Weishaar

<sup>۱</sup>- GPOWER

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش اول ویژگی‌های جمعیت شناختی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، و در بخش دوم برای استنباط از داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ و محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت. در جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی و در جدول ۲ خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار ارائه شده است.

انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعی از گروه‌های آزمایش و کنترل نداشت. همچنین با همکار پژوهشگر درباره نحوه و شیوه اجرا هماهنگی‌های لازم انجام و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای مورد نظر نیاز داشت به ایشان ارائه شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بدست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت.

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول	بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، آموزش مفهوم طرحواره، تعریف مختصر طرحواره درمانی، بیان ارتباط بین طرحواره درمانی با تنظیم هیجانی و سوء مصرف مواد مخدر، برقراری رابطه با مراجعین و فراهم سازی زمینه اعتماد و تاکید بر رازداری، پاسخگویی به سوالات و شبهات آزمودنی‌ها، تکمیل بیش از نیمی از آزمون
دوم	آموزش نیازهای هیجانی اساسی اولیه، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها
سوم	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در افراد جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها
چهارم	سنجش هر کدام از طرحواره‌های فرد و دادن بازخورد، بررسی پرسشنامه‌ها و آشنا کردن آن‌ها با طرحواره هایشان و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد
پنجم	معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگو شکنی رفتاری، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها و آمادگی برای تغییر طرحواره‌ها، کمک به بیمار در تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره، بررسی تکالیف خانگی
ششم	تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره
هفتم	معرفی مجدد راهبردهای تجربی و ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویر سازی ذهنی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه تکالیف خانگی با موضوع نوشتن نامه به والدین
هشتم	توضیح مجدد و آموزش سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص فرد به‌عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها جهت الگو شکنی رفتاری
نهم	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویر سازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار
دهم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، برقراری گفتگوی خیالی با والدین از طریق تکنیک صندلی خالی، بررسی روش‌های مؤثر در مدیریت هیجان‌ها و تکانه‌ها، آموزش شیوه درست ابراز خشم
یازدهم	مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل در زمینه تغییر الگوهای رفتاری ناکارآمد، بررسی روش‌های مؤثر در ناکامی مرتبط با طرحواره‌ها و تلاش برای ایجاد سبک مقابله‌ای سالم برای به حداقل رساندن نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های

## طرحواره‌ای

بررسی تمرینات انجام شده، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون، پاسخ به سوالات افراد، تقدیر و تشکر از شرکت و همکاری افراد در پژوهش

## دوازدهم

## جدول ۲ خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (گریبیرگ، ۲۰۰۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری اتحاد و رابطه درمانی از طریق همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، معارفه، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه‌وار. شرح ساختار و اهداف جلسات، ایجاد انگیزه مشارکت مراجع
دوم	اکتشاف مشکل مراجع و بررسی روایت و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
سوم	همراهی، مشاهده و کشف طرح‌های پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان
چهارم	کشف هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت. کار با آسیب‌پذیری‌ها و کار با مراجعین شکننده
پنجم	کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی نشانگرهای خرد
ششم	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار/ناسازگار. با کمک تکنیک‌های اکتشافی و صندلی
هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه‌ای
هشتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر یا سایر ابژه‌های احتمالی
نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای مشخص شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با زبان، حرکت و خودتسکینی
دهم	کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و کمک به رساندن او به بینش تجربه‌ای
یازدهم	همراهی مستمر با مراجع برای کمک به ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث استحکام خود جدید در او می‌شود
دوازدهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده. تبیین معنای جدید، تشخیص راه‌حل‌های جدید برای حل مشکلات قدیمی، مرور کلی و اخذ بازخورد از مراجع نسبت به مباحث دوره

## ابزار

مقیاس خودکارآمدی عمومی<sup>۱</sup> (GSES): این مقیاس توسط شرر<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده که شامل ۱۷ ماده است. این مقیاس برای اندازه‌گیری خودکارآمدی که اختصاص به موفقیت خاصی از رفتار نداشته باشد طراحی شده است. این مقیاس انتظارات خودکارآمدی آزمودنی‌ها را در سه سطح میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار و

مقاومت آن‌ها در رویارویی با موانع می‌سنجد. شرر و همکاران (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش نمودند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است که هر سؤال براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) تنظیم می‌شود؛ اما سؤالات ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس توسط اصغر نژاد، قطب‌الدینی، ولی‌الله و خدا پناهی (۱۳۸۵) در ایران اعتباریابی شده است؛ و پایایی آن از طریق آلفای

<sup>۱</sup>- General Self-Efficacy Scale

<sup>۲</sup>- Sherer



نمونه‌های مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات سیکل: ۴ نفر در گروه طرحواره درمانی، ۶ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۸ نفر در گروه گواه؛ از نظر جنسیت مرد: ۸ نفر در گروه طرحواره درمانی، ۹ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۸ نفر در گروه گواه؛ و از نظر وضعیت تأهل: ۹ نفر در گروه طرحواره درمانی، ۷ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۶ نفر در گروه گواه متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در سه گروه؛ طرحواره درمانی گروهی، درمان هیجان‌مدار و کنترل در متغیر خودکارآمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز جهت سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای نمره خودکارآمدی و مؤلفه‌های میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت آن‌ها در رویارویی با موانع به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بدست آمد.

### یافته‌ها

طبق یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش میانگین سنی معتادین با درمان نگهدارنده متادون گروه طرحواره درمانی ۳۹/۲۰±۱۰/۰۱ سال، گروه درمان هیجان‌مدار ۳۹/۷۳±۸/۱۳ سال و گواه ۳۷/۸۶±۱۰/۲۵ سال بود. بیشتر

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	طرحواره درمانی		درمان هیجان‌مدار		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۵۹/۴۶	۹/۱۴	۵۲/۸۶	۱۱/۹۹	۵۲/۷۳	۱۰/۲۰
	پس‌آزمون	۷۹/۱۲	۶/۲۰	۷۳/۷۲	۴/۷۰	۵۳/۵۳	۱۱/۳۵
	پیگیری	۸۰/۱۲	۶/۴۹	۶۸/۵۹	۹/۷۸	۵۳	۱۱/۶۸
رویارویی با موانع	پیش‌آزمون	۲۷/۱۳	۵/۱۲	۲۳/۷۳	۶/۳۵	۲۳/۲۶	۵/۱۴
	پس‌آزمون	۳۸/۱۳	۳/۳۵	۳۵/۷۳	۲/۱۲	۲۲/۹۲	۶/۳۸
	پیگیری	۳۹/۱۳	۳/۷۵	۳۲/۴	۵/۳۱	۲۲/۹۲	۶/۲۳
تکمیل تکلیف	پیش‌آزمون	۲۰/۵۳	۲/۴۷	۱۸/۶۶	۳/۳۷	۱۸/۱۳	۲/۴۴
	پس‌آزمون	۲۴/۴۶	۲/۸۴	۲۲/۵۲	۲/۴۲	۱۸/۶۶	۲/۳۸
	پیگیری	۲۴/۴	۳/۲۶	۲۱/۱۹	۳/۲۷	۱۸/۶۶	۲/۵۲
میل به آغازگری	پیش‌آزمون	۱۱/۱۳	۲/۴۴	۱۰/۴۶	۳/۶۴	۱۱/۳۳	۳/۲۶
	پس‌آزمون	۱۵/۲	۱/۹۸	۱۵/۴۶	۱/۴۰	۱۱/۹۳	۳/۷۱
	پیگیری	۱۵/۲۶	۲/۴۷	۱۴/۹۹	۲/۸۴	۱۱/۴	۳/۸۴

تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های آموزش، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن افزایش داشته است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی

با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های طرحواره درمانی، درمان هیجان‌مدار و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییرات معناداری داشته است. این

تأثیر تفاوت طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذور آزمایش	میانگین مجذور خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
خودکارآمدی	گروه‌ها	۱۵۴۶/۶۸۹	۲۰۴/۶۲۴	(۲، ۴۲)	۷/۵۵۹	۰/۰۰۲	۰/۲۶۵
	مراحل	۳۴۹۴/۴۹۲	۴۱/۲۹۵	(۱/۴۶۶، ۶۱/۵۹۰)	۸۴/۶۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
	تعامل مراحل با گروه	۸۵۲/۹۲۳	۴۱/۲۹۵	(۲/۹۳۳، ۶۱/۵۹۰)	۲۰/۶۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
رویارویی با موانع	گروه‌ها	۵۰۴/۰۲۲	۵۸/۸۹۷	(۲، ۴۲)	۸/۵۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰
	مراحل	۹۷۵/۵۰۸	۱۱/۳۳۳	(۱/۵۹۳، ۶۶/۹۲۶)	۸۶/۰۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	تعامل مراحل با گروه	۲۹۱/۱۱۸	۱۱/۳۳۳	(۳/۱۸۷، ۶۶/۹۲۶)	۲۵/۶۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۰
تکمیل تکلیف	گروه‌ها	۲۶/۴۹۶	۱۶/۰۵۸	(۲، ۴۲)	۱/۶۵۰	۰/۲۰۴	۰/۰۷۳
	مراحل	۱۰۶/۱۴۷	۴/۰۴۴	(۱/۸۷۶، ۷۸/۷۹۰)	۲۶/۲۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
	تعامل مراحل با گروه	۱۹/۰۸۰	۴/۰۴۴	(۳/۷۵۲، ۷۸/۷۹۰)	۴/۷۱۸	۰/۰۰۲	۰/۱۸۳
میل به آغازگری	گروه‌ها	۱۷۳/۹۵۶	۲۰/۳۷۷	(۲، ۴۲)	۸/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹
	مراحل	۱۹۵/۱۷۶	۳/۹۹۵	(۱/۴۵۷، ۶۱/۱۸۱)	۴۸/۸۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	تعامل مراحل با گروه	۳۹/۷۸۶	۳/۹۹۵	(۲/۹۱۳، ۶۱/۱۸۱)	۹/۹۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۲

می‌دهد که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار و مقایسه بین این دو روش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر خودکارآمدی ( $F=20/654, p<0/001, \eta^2=0/496$ )، مؤلفه‌های رویارویی با موانع ( $F=25/689, p<0/001, \eta^2=0/550$ )، تکمیل تکلیف ( $F=4/718, p=0/002, \eta^2=0/183$ ) و میل به آغازگری ( $F=9/958, p<0/001, \eta^2=0/322$ ) بوده که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این نتیجه نشان

جدول ۵ نتایج آزمون مقایسه‌ای زوجی براساس تعدیل بونفرونی در متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	طرحواره درمانی		درمان هیجان‌مدار	
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	-۱۹/۶۶۷°	<۰/۰۰۱	-۲۰/۸۶۷°	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲۰/۶۶۷°	<۰/۰۰۱	-۱۵/۷۳۳°	<۰/۰۰۱

متغیر	مراحل	طرحواره درمانی		درمان هیجان‌مدار	
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
رویارویی با موانع	پس‌آزمون	پیگیری	-۱	۵/۱۳۳*	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱*	-۱۲*	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱۲*	-۸/۶۶۷*	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱	۳/۳۳۳	۰/۰۰۱
تکمیل تکلیف	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۹۳۳	-۳/۸۶۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۸۶۷	-۲/۵۳۳	۰/۰۱۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۱/۳۳۳	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۰۶۷	-۵	<۰/۰۰۱
میل به آغازگری	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۳۳	-۴/۵۳۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۴۶۷	۰/۸۷۶

یافته‌های حاصل از این فرضیه نشان داد که دو روش طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معنادین با درمان نگهدارنده متادون اثربخش بودند، و همچنین در طول زمان (سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) دو روش درمانی نسبت به یکدیگر اثربخشی یکسانی بر متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معنادین با درمان نگهدارنده متادون داشتند. اما درمان هیجان‌مدار بر متغیر خودکارآمدی و رویارویی با موانع در معنادین با درمان نگهدارنده متادون نسبت به طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون اثربخشی بالاتری داشته است.

از منظر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روان مشکلات اعتیادی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پورپشنگ و موسوی (۲۰۲۱)؛ بهرام‌آبادیان، مجتبایی و ثابت (۲۰۲۱)؛ فرزانه، موسوی‌زاده و نظری (۲۰۲۲) و فتاحی و دهقانی (۱۳۹۷) همسو بود. همچنین از نظر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روان در مشکلات اعتیاد یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه طرحواره درمانی تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معنادین با درمان نگهدارنده متادون مشاهده شد؛ به طوری که میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا مرحله پیگیری تداوم داشته است. همچنین نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان هیجان‌مدار تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودکارآمدی و مؤلفه رویارویی با موانع در معنادین با درمان نگهدارنده متادون مشاهده شد که نشان دهنده عدم پایداری درمان هیجان‌مدار است؛ اما در مؤلفه‌های تکمیل تکلیف و میل به آغازگری پایدار بود.

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معنادین با درمان نگهدارنده متادون بود. به طور کلی

نتایج پژوهش حاضر اثربخشی آن را درباره افراد تحت درمان متادون نیز نشان داد.

از دیگر نتایج پژوهش درمان هیجان‌مدار در مقایسه با طرحواره درمانی عملکرد بهتری در بهبود رویارویی با موانع در معتادین داشته است. در تبیین این موضوع می‌توان چنین استدلال کرد که آشفتگی هیجانی به‌عنوان یک مکانیسم اساسی در ایجاد و حفظ اختلالات مصرف مواد مطرح شده است و بیمارانی که به دنبال این درمان هستند، اغلب سطوح بالایی از احساسات منفی و یا سطوح پایینی از احساسات مثبت را تجربه می‌کنند (کانگ، فیبرین و آریس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). در نتیجه در روبه‌رو شدن با هیجان‌های خود و همچنین غلبه بر موانع محیطی مشکلات جدی دارند و این موضوع می‌تواند تبیین‌کننده مکانیسم اثر درمان هیجان‌مدار باشد، چرا که درمان هیجان‌مدار، نقش برجسته‌ای را به درک، کاوش و تجربه هیجان‌ها به منظور افزایش شکوفایی و ارتقای رفتارهای انطباقی انسان می‌دهد. این خود هیجان‌ها نیستند که معمولاً تنها مانع برای شکوفایی انسان هستند بلکه بیشتر اوقات این عدم مدیریت هیجان‌ها است که بیشتر از همه مشکل‌ساز می‌شود.

درمان هیجان‌مدار ادعا می‌کند که هیجان‌ها با نیازهای اساسی انسان مرتبط هستند و دسترسی به برخی از هیجان‌های مثبت می‌تواند نقش مهمی را در استفاده از هیجان‌ها برای اهداف انطباقی ایفا کند. در دیدگاه نظریه پردازان درمان هیجان‌مدار، هیجان‌ها بخش غنی از بافت پیچیده زندگی انسان‌ها را تشکیل می‌دهند و این به معنای این است که انسان بودن کامل به معنای تجربه عمیق هیجان‌ها است (گرینبرگ، ۲۰۱۴). تکنیک‌های

امینی، لطفی، فاطمی‌تبار و بهرام‌پور (۲۰۲۰) و هالاموا، کانوسکی، واسوا و کوپلی<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی می‌توان گفت که طرحواره درمانی یک مداخله ویژه بیماری‌های مزمن است که به شکل بلندمدت حضور داشته و از طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد اثر پذیرفته است و چون تمرکز خود را بر بهبود این طرحواره‌ها قرار می‌دهند در نتیجه تغییرات عمیق‌تری را به نسبت درمان‌های شناختی- رفتاری ایجاد می‌کنند (پیترز، ون پاسل و کرانز<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). تحقیقات پیشین حاکی از آن است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد می‌تواند خودکارآمدی آنان را عمیقاً به شکل منفی تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه احتمال گرایش به اعتیاد و عود مصرف را در آنان بالا ببرد، به‌عنوان مثال پژوهش آلوی، وراسترو، رانیا، ساکو، فرناندز آراندا و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در میان جوانان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده پتانسیل اعتیاد در میان آن‌ها باشد به ویژه طرحواره‌های طرد- بریدگی، خودمختاری/ عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌گیری پتانسیل اعتیادپذیری بالاتر را به همراه داشتند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که طرحواره‌های گسستگی/ طرد، مختل شدن خودمختاری و عملکرد غیر جهت‌دار بالاترین پتانسیل پیش‌بینی شده اعتیاد را به همراه دارند. در نتیجه این موضوع نشان می‌دهد اگر بخواهیم به خودمختاری و خودکارآمدی بهتر افراد کمک کنیم تا احتمال گرایش به اعتیاد و یا بازگشت به مواد در آن‌ها کاهش یابد باید سراغ طرحواره‌های ناسازگار آن‌ها برویم و این کاری است که طرحواره درمانی انجام داده است و

<sup>۱</sup>- Halamová, Kanovský, Varšová & Kupeli

<sup>۲</sup>- Peeters van Passel & Krans

<sup>۳</sup>- Aloï, Verrastro, Rania, Sacco, Fernández-Aranda & et al

<sup>۴</sup>- Kang, Fairbairn & Ariss

این دو درمان را در افزایش خودکارآمدی معتادین با درمان نگهدارنده متادون مدنظر قرار دهند. در این میان با توجه به اینکه درمان هیجان‌مدار در مقایسه با طرحواره درمانی یک برتری نسبی در بهبود مولفه رویارویی با موانع نشان داد، بنابراین توصیه می‌شود که در این زمینه از این درمان استفاده شود.

محدود شدن مطالعه به یک شهر (شهر تهران) و استفاده از ابزار خودگزارشی از محدودیت‌های این تحقیق بود که توصیه می‌شود تعمیم نتایج بدست‌آمده روی سایر معتادین با درمان نگهدارنده متادون با احتیاط انجام شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری و مقایسه نتایج، پژوهش حاضر در سایر شهرها تکرار، و همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌های نگهدارنده نظیر شربت اویوم و قرص بوپرنورفین و درمان‌های روانشناختی دیگر نیز مقایسه شود.

### سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از رساله دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان به شماره کداخلاق IR.IAU.Semnan.REC.1401.035 و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20220807055632N1 به ثبت رسیده است. بدون دریافت هیچگونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. هیچکدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### References

هیجان‌مدار برای تبدیل حالت‌های هیجانی مشکل‌ساز و تجربیات نامطلوب به هیجان‌ها و اعمال سازگار مطلوب طراحی شده‌اند (گرکوسی، مسینا، آمودئو، لاپوماردا، کرسکتینی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). بسیاری از افراد سال‌های زیادی از زندگی خود هیجان‌ناشان را سرکوب و یا از هیجان‌ناشان فرار کرده‌اند، زیرا بسیاری از احساسات آن‌ها تجربه‌های دردناک سبک دلبستگی و الگوهای هیجانی عمیقاً درهم تنیده‌ای بوده است (ویلن من، اسپیندر، پارکینسون، کوردا، ون کانل و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در نتیجه وقتی افراد در طول این درمان آموختند که چگونه به جای اجتناب و یا سرکوب هیجان‌ها با آن‌ها روبه‌رو شوند رفتارهای انطباقی‌تر بروز می‌یابد و به جای فرار از موانع واقعی زندگی روزمره بهتر با هیجان‌ها خود روبه‌رو می‌شوند، و در نتیجه موانع و چالش‌ها را هم به شکل فعالانه‌تر و مواجهه‌ای‌تر حل می‌کنند.

### نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی؛ طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار مداخلات سودمندی برای افزایش خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون هستند و اثرات این دو درمان نسبتاً پایدار بود. در مقام مقایسه بین طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار تفاوت معناداری جز در مرحله پیگیری که درمان هیجان‌مدار اثرات طولانی‌تری نسبت به طرحواره درمانی داشت، مشاهده نشد. بنابراین، با توجه به تایید اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر خودکارآمدی معتادین با درمان نگهدارنده متادون پیشنهاد می‌شود که درمانگران،

<sup>1</sup>- Grecucci, Messina, Amodeo, Lapomarda, Crescentini & et al

<sup>2</sup>- Weilenmann, Schnyder, Parkinson, Corda, von Känel & et al

- Alawa J, Muhammad M, Kazemitabar M, Bromberg DJ, Garcia D, Khoshnood K, Ghandour L. (2022). Medication for opioid use disorder in the Arab World: A systematic review. *The International journal on drug policy*, 102, 103617.
- Aloi M, Verrastro V, Rania M, Sacco R, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, De Fazio P, Segura-Garcia C. (2020). The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions among Late Adolescents and Young Adults. *Frontiers in psychology*, 10, 1-10.
- Anini M, Lotfi M, Fatemitabar R, Bahrampoori L. (2020). The effectiveness of emotion-focused group therapy on the reduction of negative emotions and internet addiction symptoms. *Practice in Clinical Psychology*, 8(1), 1-8.
- Asgharanjad T, Ahmadi M, Farzad V, Khodapanahi MK. (2005). A study of the psychometric properties of Scherer's general self-efficacy scale. *Psychology Quarterly Journal*, 10(3), 262-274. (In Persian)
- Bahramabadian F, Mojtabaie M, Sabet M. (2021). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment -based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *J of Psychological Science*, 20, 1849-1863. (In Persian)
- Basharpoor S, Ahmadi S. (2021). The Pattern of Structural Relationships Executive Function, Ego Resilience, and Moral Identity in Predicting Self-Efficacy for Quitting People Drug Dependents: The Mediating Role of Mindfulness. *Journal of Military Caring Science*, 8(2), 169-182. (In Persian)
- Calcaterra S, Bach P, Chadi A, Chadi N, Kimmel S, Morford K, Samet J. (2019). Methadone matters: what the United States can learn from the global effort to treat opioid addiction. *Journal of general internal medicine*, 34(6), 1039-1042.
- Csete J. (2019). Criminal justice barriers to treatment of opioid use disorders in the United States: the need for public health advocacy. *American journal of public health*, 109(3), 419-422.
- Dalgleish T. (2013). Examining predictors of change in emotionally focused couple's therapy [Dissertation]. Ottawa: School of Psychology Faculty of Social Sciences, University of Ottawa.
- Demeyer A, Staal J, Beyaert R. (2016). Targeting MALT1 proteolytic activity in immunity, inflammation and disease: good or bad? *Trends in molecular medicine*, 22(2), 135-150.
- Dickhaut V, Amtz A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Ein-Gar D, Steinhart Y. (2017). Self-control and Task Timing Shift Self-efficacy and Influence Willingness to Engage in Effortful Tasks. *Frontiers in psychology*, 8, 1-14.
- Elliott R, Shahar B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 140-158.
- Fareed A, Vayalapalli S, Scheinberg K, Gale R, Casarella J, Drexler K. (2013). QTc interval prolongation for patients in methadone maintenance treatment: a five years follow-up study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 39(4), 235-240.
- Farzaneh S, Mousazadeh T, Nazarzadeh V. (2022). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on the self-efficacy and Self compassion of women after hysterectomy. *Women and Family Studies*, 15(57), 55-74. (In Persian)
- Fattahi A, Dehghani A. (2019). Effectiveness of Schema Therapy in Emotion Regulation, Self-efficacy, and Temptation in Male Members of Narcotics Anonymous (NA) Association. *Journal of Research on Addiction*, 12(48), 185-202. (In Persian)
- Glisenti K, Strodl E, King R. (2018). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 842-855.

- Goldman RN, Greenberg LS. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change: American Psychological Association.
- Grecucci A, Messina I, Amodeo L, Lapomarda G, Crescentini C, Dadomo H, Panzeri M, Theuninck A, Frederickson J. (2020). A Dual Route Model for Regulating Emotions: Comparing Models, Techniques and Biological Mechanisms. *Frontiers in psychology*, 11, 1-13.
- Greenberg L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350.
- Greenberg LS. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Halamová J, Kanovský M, Varšová K, Kupeli N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 40(1), 333-343.
- Hawke LD, Provencher MD. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276.
- Hayat AA, Shateri K, Amini M, Shokrpour N. (2020). Relationships between academic self-efficacy, learning-related emotions, and metacognitive learning strategies with academic performance in medical students: a structural equation model. *BMC medical education*, 20(1), 76.
- Hopwood CJ, Pincus AL, Wright AG. (2019). The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention. Using basic personality research to inform personality pathology, 94-121.
- Jones S, Jack B, Kirby J, Wilson TL, Murphy PN. (2021). Methadone-Assisted Opiate Withdrawal and Subsequent Heroin Abstinence: The Importance of Psychological Preparedness. *The American journal on addictions*, 30(1), 11-20.
- Kang D, Fairbairn CE, Ariss TA. (2019). A meta-analysis of the effect of substance use interventions on emotion outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12), 1106-1123.
- Khoshvagt N, Naderi F, Safarzadeh S, Alizadeh M. (2021). The Effects of Compassion-focused Therapy on Anxiety and Depression in the Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Archives of Hygiene Sciences*, 10(3), 225-234.
- Manavipour D, Saedian Y. (2016). The role of self-compassion and control belief about learning in university students' self-efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 121-126.
- Mohamed S, Hassan S, Abdelmonem R. (2022). Relationship between Self-Efficacy, Social Support and Treatment Motivation among Addict Patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 12(1), 106-113.
- Peeters N, van Passel B, Krans J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *The British journal of clinical psychology*, 61(3), 579-597.
- Pourpashang M, Mousavi S. (2021). The Effects of Group Schema Therapy on Psychological Wellbeing and Resilience in the Clients under Substance Dependence Treatment. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(2), 159-166.
- Rezaee M, Mohammadkhani P, Jafari Roshan M. (2021). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 17(3), 95-114. (In Persian)
- Roehr B. (2013). American psychiatric association explains DSM-5. *Bmj*, 346.
- Saidy J, Garanti Z, Sadaka R. (2022). Technostress Creators and Job Performance among Frontliners: Theorizing the Moderating Role of Self-Efficacy. *Frontiers in psychology*, 13, 827027.

- Salasi B, Shoghi B. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas, Emotional Regulation and Consumed Methadone Dose in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 12(1), 79-99. (In Persian)
- Schwarzer R. (2014). Self-efficacy: thought control of action. Those with high social self-efficacy invest more effort and persist at relationships: Taylor & Francis, Washington, DC.
- Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447.
- Seyedfatemi N, Peyrovi H, Jalali A. (2014). Relapse experience in Iranian opiate users: a qualitative study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(2), 85-93.
- Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 21-28.
- Stiegler JR, Molde H, Schanche E. (2018). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect? *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 86-95.
- Van Wijk-Herbrink MF, Arntz A, Broers NJ, Roelofs J, Bernstein DP. (2021). A schema therapy based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive staff interventions, and team functioning. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 289-306.
- Weilenmann S, Schnyder U, Parkinson B, Corda C, von Känel R, Pfaltz MC. (2018). Emotion Transfer, Emotion Regulation, and Empathy-Related Processes in Physician-Patient Interactions and Their Association with Physician Well-Being: A Theoretical Model. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-18.
- Yaghoubi R, Bayazi MH, Babaei M, Asadi J. (2020). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group and Schema Group Therapy on the Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle of Obese Women. *International Journal of Health Studies*, 6(4), 1-7.
- Yang C, Zhou Y, Cao Q, Xia M, An J. (2019). The Relationship between Self-Control and Self-Efficacy among Patients with Substance Use Disorders: Resilience and Self-Esteem as Mediators. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1-10.
- Yang D, Klosko S, Weishaar E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*: Publishing house: The Guilford Press.
- Young JE. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.