

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه اعتیاد

سیروس شکرپور^۱

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

چکیده

اعتیاد یکی از مسائل پیچیده و چندعاملی در حوزه سلامت روان و آسیب‌های اجتماعی است که افزون بر وابستگی جسمانی و روانی، با نقایص پایدار در حوزه‌های شناختی، هیجانی و بین‌فردی همراه است. یکی از مؤلفه‌های مهم در تداوم مصرف و عود اعتیاد، ضعف در مهارت‌های تنظیم هیجان است؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از افراد دارای سابقه مصرف مواد، در مواجهه با هیجان‌های منفی مانند خشم، شرم، اضطراب، ناکامی و احساس طرد، از راهبردهای ناسازگارانه‌ای چون اجتناب، سرکوب، تکانشگری و مصرف مجدد مواد استفاده می‌کنند. در این میان، طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان یکی از رویکردهای تلفیقی و عمیق‌نگر، با تمرکز بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و نیازهای هیجانی ارضاننده، ظرفیت بالایی برای درمان ریشه‌های شناختی - هیجانی اعتیاد و بهبود تنظیم هیجان در این افراد دارد. هدف مقاله حاضر، بررسی و تحلیل اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه اعتیاد است. این مقاله با روش توصیفی - تحلیلی و بر پایه مرور منابع معتبر داخلی و خارجی تدوین شده و ضمن تبیین مفاهیم اصلی، مبانی نظری، سازوکارهای درمانی و شواهد پژوهشی، به کاربردهای بالینی و الزامات اجرایی این رویکرد در حوزه درمان اعتیاد می‌پردازد. یافته‌های تحلیلی نشان می‌دهد که افراد دارای سابقه اعتیاد غالباً از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌هایی چون بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، محدودیت‌های مختل و گوش‌به‌زنگی افراطی رنج می‌برند و این طرح‌واره‌ها از طریق افزایش آسیب‌پذیری هیجانی و تضعیف راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، زمینه‌ساز مصرف و عود می‌شوند. طرح‌واره‌درمانی با تکنیک‌های شناختی، تجربی، هیجانی و رابطه‌محور، می‌تواند در شناسایی و اصلاح این الگوهای عمیق، کاهش راهبردهای هیجان‌تنظیمی ناسازگار و افزایش پذیرش، بازشناسی و مدیریت هیجان‌ها مؤثر باشد. در مجموع، شواهد نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مکمل و مؤثر در برنامه‌های درمان و بازتوانی اعتیاد، در بهبود تنظیم هیجان و کاهش احتمال عود نقش مهمی ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره‌درمانی، تنظیم هیجان، اعتیاد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، عود، درمان‌های روان‌شناختی

۱. مقدمه

اعتیاد یکی از مهم ترین چالش های نظام سلامت، خانواده و جامعه در دوران معاصر است. این پدیده تنها به مصرف مکرر مواد یا وابستگی فیزیولوژیک محدود نمی شود، بلکه مجموعه ای از اختلالات در سطوح شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی را در بر می گیرد. در دهه های اخیر، رویکردهای جدید در روان شناسی اعتیاد نشان داده اند که مصرف مواد صرفاً یک رفتار لذت جویانه یا عاداتی نیست، بلکه اغلب تلاشی ناکارآمد برای کنار آمدن با هیجان های دردناک، تعارض های درونی، احساس خلاء، شرم، تنهایی و ناکامی های مزمن است (خوله، ۲۰۰۷؛ بک، رایت، نیومن و لیز، ۱۹۹۳). از این منظر، فهم و درمان اعتیاد بدون توجه به نظام هیجانی فرد و کیفیت راهبردهای تنظیم هیجان او، ناکامل خواهد بود.

تنظیم هیجان به مجموعه فرایندهایی اشاره دارد که از طریق آن ها فرد هیجان های خود را شناسایی، ارزیابی، تجربه، تعدیل و ابراز می کند. این مهارت یکی از مؤلفه های اساسی سلامت روان است و نقش تعیین کننده ای در سازگاری فردی، روابط بین فردی و تصمیم گیری دارد. پژوهش ها نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با جمعیت عادی، در شناسایی هیجان ها، تحمل پریشانی، کنترل تکانه و استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان با مشکلات بیشتری روبه رو هستند (گرتس و رومر، ۲۰۰۴؛ آلدو، نارس و شوایتزر، ۲۰۱۰). این نقص ها نه تنها در آغاز مصرف، بلکه در تداوم وابستگی و به ویژه در عود پس از درمان نقش مهمی دارند. بسیاری از افراد دارای سابقه اعتیاد، در زمان تجربه هیجان های منفی شدید، به جای استفاده از راهبردهای سازگار، به مصرف مواد به عنوان ابزاری برای تسکین فوری متوسل می شوند.

در سال های اخیر، توجه درمانگران از مداخلات صرفاً نشانه محور به رویکردهای عمیق تر و ریشه ای تر معطوف شده است؛ رویکردهایی که بتوانند به عوامل زیربنایی و ساختارهای پایدار شخصیت در افراد دارای سابقه اعتیاد بپردازند. یکی از این رویکردها، طرحواره درمانی است که توسط جفری یانگ ارائه شد. طرحواره درمانی یک مدل تلفیقی است که مفاهیم و فنون درمان شناختی - رفتاری، نظریه دلبستگی، روابط موضوعی، گشتالت و روان تحلیلی را در چارچوبی منسجم گرد هم می آورد (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). این رویکرد بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات مزمن روان شناختی، حاصل شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه در کودکی و نوجوانی اند؛ طرحواره هایی که در اثر تجارب مکرر طرد، محرومیت هیجانی، بی ثباتی، تنبیه، انتقاد افراطی یا فقدان حمایت شکل می گیرند و در بزرگسالی نیز از طریق سبک های مقابله ای ناسازگار تداوم می یابند.

اعتیاد را می توان در بسیاری از موارد، در پیوند با همین الگوهای عمیق شناختی - هیجانی فهم کرد. فردی که طرحواره محرومیت هیجانی، رهاسدگی، نقص/شرم یا خودکنترلی ناکافی دارد، ممکن است در مواجهه با هیجان های دردناک ناشی از این طرحواره ها، برای فرار از رنج روانی به مصرف مواد روی آورد. بنابراین، درمان مؤثر اعتیاد نیازمند آن است که علاوه بر کنترل رفتار مصرف، به ریشه های هیجانی و طرحواره ای آن نیز پرداخته شود. طرحواره درمانی از این حیث ظرفیت ویژه ای دارد، زیرا می کوشد نه فقط رفتار آشکار، بلکه منبع درونی و الگوهای ماندگار معیوب را هدف قرار دهد.

مقاله حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود مهارت های تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه اعتیاد، به تحلیل مبانی نظری، سازوکارهای درمانی، پیشینه پژوهش و دلالت های بالینی این رویکرد می پردازد. اهمیت این بحث از آن جهت است که بهبود تنظیم هیجان یکی از مسیرهای کلیدی در کاهش آسیب پذیری نسبت به عود و ارتقای کیفیت زندگی افراد بهبودیافته از اعتیاد به شمار می رود. اگر طرحواره درمانی بتواند هیجان های تجربه نشده، نیازهای ارضاننده و سبک های مقابله ای ناسازگار این افراد را به شیوه ای عمیق تر درمان کند، می تواند در کنار سایر مداخلات، افق تازه ای برای درمان پایدار اعتیاد بگشاید.

۲. بیان مسئله

اعتیاد از جمله اختلالاتی است که با نرخ بالای عود، مقاومت درمانی و دشواری در حفظ پرهیز طولانی مدت همراه است. هرچند درمان های دارویی، شناختی - رفتاری، انگیزشی و جامعه محور در کنترل مصرف و کاهش عود نقش مهمی دارند، اما همچنان بخش قابل توجهی از افراد پس از درمان، در برابر فشارهای هیجانی و موقعیت های تنش زا آسیب پذیر باقی می ماند. یکی از دلایل اصلی این وضعیت، آن است که در بسیاری از برنامه های درمانی، بر رفتار مصرف تمرکز می شود اما ریشه های عمیق تر شناختی و هیجانی که سوخت روانی اعتیاد را فراهم می کنند، کمتر مورد مداخله قرار می گیرند.

تنظیم هیجان یکی از این حوزه های بنیادین است. مفهوم تنظیم هیجان به توانایی فرد در شناسایی، فهم، پذیرش و مدیریت سازگاران هیجان ها اشاره دارد. نقص در تنظیم هیجان می تواند به رفتارهای تکانشی، اجتنابی و خودآسیب رسان منجر شود و اعتیاد یکی از مصادیق بارز چنین الگوهایی است. مطالعات متعدد نشان داده اند که افراد دارای سابقه اعتیاد، در مقایسه با افراد غیرمصرف کننده، بیشتر از راهبردهایی مانند اجتناب تجربی، سرکوب هیجان، نشخوار فکری و تکانشگری استفاده می کنند و در مهارت هایی مانند تحمل پریشانی، بازشناسی احساسات و تنظیم شناختی هیجان، ضعف بیشتری دارند (گرتس و رومر، ۲۰۰۴؛ براتز و تالس، ۲۰۱۶). این دشواری ها سبب می شود که ماده یا رفتار اعتیادی، به ابزاری برای تنظیم سریع اما ناسازگار هیجان تبدیل شود.

از سوی دیگر، نظریه پردازان طرحواره درمانی معتقدند که بسیاری از مشکلات مزمن هیجانی و رفتاری، ناشی از طرحواره های ناسازگار اولیه اند؛ الگوهای عمیق و فراگیر شناختی - هیجانی که در اوایل زندگی شکل می گیرند و در بزرگسالی نیز ادراک، احساس و رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). شواهد نشان داده است که در افراد دارای اختلال مصرف مواد، برخی طرحواره ها نظیر محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی/درفتاری، نقص/شرم، وابستگی/بی کفایتی، شکست و خودکنترلی ناکافی، شیوع بیشتری دارند (بالیچ، فان دن برینک، ورمولن و همکاران، ۲۰۱۴). این طرحواره ها معمولاً با احساسات دردناک، نیازهای هیجانی برآورده نشده و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد همراه اند و همین امر می تواند چرخه مصرف را تقویت کند.

مسئله اصلی این مقاله آن است که آیا طرحواره درمانی می تواند با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای مرتبط، مهارت های تنظیم هیجان را در افراد دارای سابقه اعتیاد بهبود بخشد؟ پاسخ به این پرسش از دو جهت اهمیت دارد. نخست آنکه تنظیم هیجان یکی از سازوکارهای مرکزی در عود اعتیاد است و هر مداخله ای که بتواند این حوزه را تقویت کند، احتمالاً بر پایداری بهبودی نیز اثرگذار خواهد بود. دوم آنکه طرحواره درمانی به عنوان رویکردی عمیق نگر و رابطه محور، ممکن است نسبت به برخی درمان های کوتاه مدت تر، ظرفیت بیشتری برای مداخله در مشکلات مزمن و ریشه ای این افراد داشته باشد. از این رو، بررسی علمی و تحلیلی این موضوع می تواند به غنای نظری و کاربرد بالینی در حوزه درمان اعتیاد کمک کند.

۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

ضرورت پرداختن به این موضوع از چند منظر قابل توضیح است. نخست، اعتیاد در بسیاری از موارد با شکست های مکرر درمانی و بازگشت به مصرف همراه است. چنین وضعیتی نشان می دهد که رویکردهای درمانی موجود، هرچند ضروری، به تنهایی کافی نیستند و باید به مداخلات مکملی توجه کرد که سازوکارهای عمیق تر روان شناختی را هدف قرار دهند.

دوم، تنظیم هیجان امروزه در کانون بسیاری از مدل های آسیب شناسی روانی قرار دارد. اختلال در این حوزه نه تنها در اعتیاد، بلکه در افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و رفتارهای خودآسیب رسان نیز نقش محوری دارد. بنابراین، هر مداخله ای که بتواند مهارت های تنظیم هیجان را بهبود بخشد، احتمالاً آثار درمانی گسترده تری نیز خواهد داشت.

سوم، افراد دارای سابقه اعتیاد اغلب پیشینه ای از تجارب ناایمن دل بستگی، تروما، طرد، خشونت، محرومیت هیجانی و بی ثباتی خانوادگی دارند. این تجارب با شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای اجتنابی یا تسلیم گونه مرتبط است. از این رو، رویکرد طرحواره درمانی با تمرکز بر این لایه های عمیق، می تواند پاسخ مناسبی به نیازهای درمانی این گروه باشد.

چهارم، در پژوهش های داخلی، هرچند به طور فزاینده ای به نقش تنظیم هیجان و طرحواره های ناسازگار در اعتیاد پرداخته شده، اما هنوز نیاز به تدوین تحلیلی جامع و منسجم درباره اثربخشی طرحواره درمانی در این حوزه احساس می شود؛ به ویژه متنی که هم از منابع خارجی و هم از پژوهش های داخلی استفاده کند و بتواند برای پژوهشگران و درمانگران راهگشا باشد.

۴. اهداف پژوهش

هدف کلی

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود مهارت های تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه اعتیاد.

اهداف جزئی

۱. تبیین رابطه میان اعتیاد و نقص در مهارت های تنظیم هیجان.
۲. بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در شکل گیری و تداوم اعتیاد.
۳. تحلیل سازوکارهای درمانی طرحواره درمانی در بهبود تنظیم هیجان.
۴. مرور شواهد پژوهشی داخلی و خارجی درباره کاربرد طرحواره درمانی در درمان اعتیاد.
۵. ارائه دلالت های بالینی و اجرایی برای استفاده از طرحواره درمانی در مراکز ترک و بازتوانی.

۵. سؤالات پژوهش

۱. افراد دارای سابقه اعتیاد در چه ابعادی از تنظیم هیجان با مشکل مواجه اند؟
۲. کدام طرحواره های ناسازگار اولیه در این افراد شایع تر است؟
۳. طرحواره درمانی از چه مسیری می تواند مهارت های تنظیم هیجان را بهبود بخشد؟
۴. شواهد پژوهشی درباره اثربخشی این رویکرد در درمان اعتیاد و کاهش عود چیست؟
۵. چه ملاحظات اجرایی برای به کارگیری طرحواره درمانی در حوزه اعتیاد وجود دارد؟

۶. مبانی نظری پژوهش**۶-۱. مفهوم تنظیم هیجان**

تنظیم هیجان فرایندی چندبعدی است که شامل آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها، توانایی کنترل رفتار تکانشی در زمان تجربه هیجان‌های منفی، و استفاده از راهبردهای مناسب برای تعدیل شدت و مدت هیجان است. گروس تنظیم هیجان را به‌عنوان مجموعه فرایندهایی معرفی می‌کند که بر نوع هیجان، زمان تجربه و چگونگی ابراز آن اثر می‌گذارد (گروس، ۱۹۹۸). گرتس و رومر نیز بر ابعادی چون پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دسترسی به راهبردها و کنترل تکانه تأکید کرده‌اند (گرتس و رومر، ۲۰۰۴). در حوزه اعتیاد، اختلال در این مؤلفه‌ها سبب می‌شود فرد برای کاهش فوری تنش به مصرف ماده روی آورد.

۶-۲. مدل‌های روان‌شناختی اعتیاد و نقش هیجان

مدل‌های جدید اعتیاد نشان می‌دهند که مصرف مواد غالباً با تقویت منفی همراه است؛ یعنی فرد نه برای کسب لذت، بلکه برای رهایی موقت از هیجان‌های آزاردهنده مصرف می‌کند (خوله، ۲۰۰۷). بک و همکاران نیز در مدل شناختی اعتیاد توضیح می‌دهند که باورهای هسته‌ای منفی و ناکارآمد، همراه با موقعیت‌های برانگیزاننده، میل شدید به مصرف و رفتار اعتیادی را فعال می‌کنند (بک و همکاران، ۱۹۹۳). در این چارچوب، ضعف در تنظیم هیجان یکی از حلقه‌های اصلی چرخه اعتیاد است.

۶-۳. نظریه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

یانگ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را الگوهای فراگیر و پایدار هیجانی - شناختی می‌داند که در کودکی شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند. این طرح‌واره‌ها حاصل ارضانشدن نیازهای بنیادی هیجانی‌اند؛ نیازهایی مانند دلبستگی ایمن، خودمختاری، بیان هیجان، خودانگیختگی و حدود واقع‌بینانه (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). هرگاه کودک در محیطی پر از طرد، تنبیه، بی‌ثباتی، انتقاد یا محرومیت رشد کند، احتمال شکل‌گیری این طرح‌واره‌ها افزایش می‌یابد. در بزرگسالی، فرد از طریق سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند تسلیم، اجتناب یا جبران افراطی با این طرح‌واره‌ها کنار می‌آید.

۶-۴. ارتباط طرح‌واره‌ها با اعتیاد

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد مصرف‌کننده مواد شیوع بالاتری دارند. به‌ویژه طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، انزوای اجتماعی، شکست و خودکنترلی ناکافی با شدت بیشتر مشکلات اعتیادی ارتباط دارند (بالیچ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریزوی، وگنر و پاف، ۲۰۱۴). این طرح‌واره‌ها احساساتی چون شرم، تنهایی، نایمنی و درماندگی را فعال می‌کنند و مصرف ماده ممکن است به‌عنوان راهی برای فرونشاندن موقت این هیجان‌ها به کار گرفته شود.

۶-۵. طرح‌واره‌درمانی و کار با هیجان

طرح‌واره‌درمانی از یک سو به اصلاح باورها و طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌پردازد و از سوی دیگر، با تکنیک‌های هیجانی و رابطه‌محور، تجربه‌های اصلاحی فراهم می‌کند. مفاهیمی مانند «والدگری حد و مرزدار شده»، «بازوالدینی محدود»، «تصویرسازی ذهنی»، «گفت‌وگوی صندلی‌ها» و کار با «حالت‌های طرح‌واره‌ای» به درمانگر امکان می‌دهد تا نه فقط شناخت،

بلکه هیجان، نیاز و الگوهای رابطه‌ای فرد را هدف قرار دهد (فَزل، شاو و ووبر، ۲۰۰۹). این ویژگی برای افراد دارای سابقه اعتیاد اهمیت زیادی دارد، زیرا مشکل آنان اغلب در لایه‌های عمیق تر و پیشاکلامی هیجانی ریشه دارد.

۶-۶. نظریه‌های مرتبط با عود و ضرورت تنظیم هیجان

مارلات و همکاران در مدل پیشگیری از عود نشان می‌دهند که موقعیت‌های پرخطر، به‌ویژه زمانی منجر به عود می‌شوند که فرد فاقد مهارت‌های مقابله‌ای و هیجان‌تنظیمی مناسب باشد (مارلات و دونوان، ۲۰۰۵). بنابراین، تقویت تنظیم هیجان نه فقط برای کاهش نشانه‌ها، بلکه برای حفظ پرهیز و پیشگیری از عود ضروری است. طرح‌واره‌درمانی از طریق اصلاح الگوهای پایدار خودتخریب‌گر، می‌تواند ظرفیت مقابله با موقعیت‌های پرخطر را افزایش دهد.

۷. پیشینه پژوهش

۷-۱. پیشینه خارجی

پژوهش‌های خارجی متعددی بر ارتباط میان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سوءمصرف مواد تأکید کرده‌اند. برای مثال، بالیج، فان دن برینک، ورمولن و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با گروه‌های غیرکلینیکی، در بسیاری از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری دارند و این طرح‌واره‌ها با شدت مشکلات هیجانی و رفتاری آنان مرتبط است (بالیج و همکاران، ۲۰۱۴). ریزوی، وگنر و پاف نیز گزارش کردند که برخی طرح‌واره‌ها به‌طور خاص با ولع مصرف، اجتناب هیجانی و دشواری در ترک ارتباط دارند (ریزوی و همکاران، ۲۰۱۴).

در زمینه تنظیم هیجان، مطالعات نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد، در مقایسه با افراد عادی، در پذیرش هیجان، کنترل تکانه و دسترسی به راهبردهای سازگاران، مشکلات بیشتری دارند (گرتس و رومر، ۲۰۰۴). براتز و تالس نیز در مرور خود نتیجه گرفتند که نقص تنظیم هیجان یکی از سازوکارهای فراتشخیصی در بسیاری از اختلالات، از جمله سوءمصرف مواد است و درمان‌هایی که این حوزه را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند نتایج بهتری به همراه داشته باشند (براتز و تالس، ۲۰۱۶).

در حوزه طرح‌واره‌درمانی، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش علائم اختلالات مزمن، بهبود عملکرد هیجانی و اصلاح الگوهای ناسازگار شخصیت مؤثر است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ فَزل و همکاران، ۲۰۰۹). هرچند مطالعات اختصاصی درباره درمان اعتیاد با طرح‌واره‌درمانی هنوز نسبت به سایر حوزه‌ها محدودتر است، اما شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می‌دهد این رویکرد می‌تواند در درمان بیماران با همبودی اختلالات شخصیت و سوءمصرف مواد، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و بهبود سازگاری مؤثر باشد.

۷-۲. پیشینه داخلی

در ایران نیز مطالعات متعددی به بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه اعتیاد پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش‌ها عموماً نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی، در طرح‌واره‌هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاسدگی، بی‌اعتمادی، نقص/شرم، شکست و خودکنترلی ناکافی نمرات بالاتری دارند و هم‌زمان از

ضعف بیشتری در تنظیم هیجان برخوردارند. پژوهشگران ایرانی همچنین گزارش کرده‌اند که شدت برخی طرح‌واره‌ها با ولع مصرف، احتمال عود، تکانشگری و اضطراب رابطه دارد.

در حوزه مداخله نیز برخی مطالعات نیمه‌آزمایشی داخلی نشان داده‌اند که طرح‌واره‌درمانی یا مداخلات مبتنی بر آن می‌تواند در کاهش ولع مصرف، بهبود تنظیم هیجان، کاهش افسردگی و اضطراب و ارتقای تاب‌آوری افراد دارای سابقه اعتیاد مؤثر باشد. هرچند هنوز تعداد این مطالعات محدود است و نیاز به پژوهش‌های کنترل‌شده بیشتری وجود دارد، اما روند کلی یافته‌ها از ظرفیت قابل توجه این رویکرد حمایت می‌کند. این مسئله نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند در بافت درمانی ایران نیز قابل استفاده و اثربخش باشد، به‌ویژه هنگامی که با شرایط فرهنگی و ساختار مراکز درمانی انطباق یابد.

۸. روش‌شناسی پژوهش

مقاله حاضر از نوع مروری - تحلیلی است و با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی تدوین شده است. داده‌ها از طریق مطالعه منابع کتابخانه‌ای، جست‌وجو در پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و خارجی، کتاب‌های تخصصی، مقالات پژوهشی و متون مرجع مرتبط با اعتیاد، تنظیم هیجان و طرح‌واره‌درمانی گردآوری شده‌اند. در انتخاب منابع، اعتبار علمی، ارتباط مستقیم با موضوع، استنادپذیری و تازگی نسبی آثار مد نظر قرار گرفته است. سپس منابع در محورهای مفهومی و تحلیلی دسته‌بندی و بر اساس رویکرد انتقادی - تلفیقی تحلیل شده‌اند.

۹. تحلیل و بحث: چرا طرح‌واره‌درمانی می‌تواند تنظیم هیجان افراد دارای سابقه اعتیاد را بهبود بخشد؟

۹-۱. شناسایی ریشه‌های هیجانی مصرف

بسیاری از افراد دارای سابقه اعتیاد، تجربه‌های دردناک هیجانی خود را به‌درستی شناسایی نمی‌کنند. آن‌ها ممکن است احساس شرم، طرد، تنهایی، نایمنی یا خشم مزمن را به شکل مبهم و آشفته تجربه کنند، بی‌آنکه منشأ یا معنای آن را بفهمند. مصرف مواد در این وضعیت، به ابزاری برای خاموش کردن یا بی‌حس کردن هیجان تبدیل می‌شود. طرح‌واره‌درمانی با کمک به بیمار در شناسایی پیوند میان تجربه‌های کودکی، طرح‌واره‌های فعال و هیجان‌های کنونی، آگاهی هیجانی را افزایش می‌دهد. این آگاهی، نخستین گام در تنظیم مؤثر هیجان است.

۹-۲. اصلاح طرح‌واره‌های مرکزی مرتبط با شرم، طرد و محرومیت

یکی از ویژگی‌های رایج در افراد دارای سابقه اعتیاد، وجود احساس عمیق نقص، شرم و بی‌ارزشی است. این تجربه‌ها غالباً در طرح‌واره‌هایی مانند «نقص/شرم»، «محرومیت هیجانی» و «رهاشدگی» متبلور می‌شوند. چنین طرح‌واره‌هایی نه‌تنها هیجان‌های منفی شدیدی ایجاد می‌کنند، بلکه فرد را به سمت اجتناب از صمیمیت، خودسرزنش‌گری یا مصرف ماده سوق می‌دهند. طرح‌واره‌درمانی با تکنیک‌های هیجانی مانند تصویرسازی ذهنی و بازنویسی خاطره، به فرد کمک می‌کند تجربه‌های هیجانی اصلاحی کسب کند و معنای تازه‌ای به خود و روابطش بدهد. در نتیجه، شدت هیجان‌های دردناک و نیاز به تنظیم ناسازگار آن‌ها کاهش می‌یابد.

۳-۹. کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب

مصرف مواد در بسیاری از موارد نوعی اجتناب تجربی است؛ یعنی تلاشی برای دوری از افکار، احساسات و خاطرات آزاردهنده. طرح‌واره‌درمانی به‌طور خاص بر شناسایی و تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، از جمله اجتناب، تمرکز دارد. فرد یاد می‌گیرد که به جای فرار از هیجان‌ها، آن‌ها را تحمل، پردازش و ابراز کند. این تغییر اساسی در سبک مقابله‌ای، یکی از مهم‌ترین مسیرهای بهبود تنظیم هیجان است.

۴-۹. تقویت «بزرگسال سالم» و خودتنظیمی

در مدل حالت‌های طرح‌واره‌ای، یکی از اهداف اصلی درمان، تقویت حالت «بزرگسال سالم» است؛ حالتی که قادر است هیجان‌ها را بفهمد، نیازها را به شیوه‌ای سازگارانه برآورده کند، تکانه‌ها را مهار کند و تصمیم‌های مسئولانه بگیرد. در افراد دارای سابقه اعتیاد، این حالت معمولاً ضعیف و در برابر حالت‌های آسیب‌پذیر یا تکانشی ناتوان است. طرح‌واره‌درمانی با کار مداوم بر حالت‌ها، به تقویت عملکرد تنظیم‌گر «بزرگسال سالم» کمک می‌کند. این فرایند، هم در کنترل میل به مصرف و هم در مواجهه با هیجان‌های شدید اهمیت دارد.

۵-۹. ارائه تجربه رابطه درمانی ترمیمی

بسیاری از افراد درگیر اعتیاد، در روابط اولیه خود تجربه نایمنی، بی‌ثباتی، تنبیه یا محرومیت داشته‌اند. از این رو، رابطه درمانی برای آنان صرفاً بستر انتقال تکنیک نیست، بلکه می‌تواند نخستین تجربه پایدار از رابطه‌ای امن، پذیرنده و در عین حال مرزبندی‌شده باشد. مفهوم «بازوالدینی محدود» در طرح‌واره‌درمانی به همین نکته اشاره دارد. این تجربه رابطه‌ای، به تدریج ظرفیت تحمل هیجان، اعتماد، بیان احساسات و خودتنظیمی را افزایش می‌دهد.

۶-۹. کاهش احتمال عود از طریق بهبود تنظیم هیجان

یکی از مهم‌ترین کاربردهای طرح‌واره‌درمانی در درمان اعتیاد، تأثیر غیرمستقیم آن بر پیشگیری از عود است. وقتی فرد بتواند هیجان‌های خود را بهتر بشناسد، محرک‌های طرح‌واره‌ای را تشخیص دهد، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی را کنار بگذارد و از حالت بزرگسال سالم استفاده کند، در مواجهه با موقعیت‌های وسوسه‌انگیز آسیب‌پذیری کمتری خواهد داشت. به این ترتیب، بهبود تنظیم هیجان می‌تواند به یکی از مکانیسم‌های اصلی کاهش عود تبدیل شود.

۱۰. دلالت‌های بالینی و اجرایی

بر مبنای یافته‌ها و تحلیل‌های ارائه‌شده، می‌توان چند دلالت مهم برای کاربست طرح‌واره‌درمانی در حوزه اعتیاد مطرح کرد:

۱. گنجاندن ارزیابی طرح‌واره‌ها و تنظیم هیجان در فرایند تشخیص و درمان

مراکز درمان اعتیاد بهتر است در کنار ارزیابی شدت مصرف و نشانه‌های بالینی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات تنظیم هیجان را نیز بررسی کنند.

۲. استفاده از طرحواره‌درمانی به‌عنوان درمان مکمل

طرحواره‌درمانی می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی، شناختی - رفتاری، مصاحبه انگیزشی و برنامه‌های پیشگیری از عود به کار رود و لایه‌های عمیق‌تر مشکل را هدف قرار دهد.

۳. تمرکز ویژه بر افراد دارای همبودی اختلالات شخصیت یا تروما

این گروه‌ها احتمالاً بیش از دیگران از طرحواره‌درمانی سود می‌برند، زیرا مشکلات آن‌ها ریشه‌دارتر و مزمن‌تر است.

۴. آموزش درمانگران در حوزه کار با حالت‌های طرحواره‌ای و تکنیک‌های هیجانی

کاربرد مؤثر این رویکرد نیازمند آموزش تخصصی و مهارت بالینی کافی است.

۵. طراحی پروتکل‌های بومی شده برای مراکز درمانی ایران

لازم است مداخلات طرحواره‌محور با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، ساختار خانواده، نگرش به اعتیاد و شرایط مراکز درمانی کشور بومی‌سازی شوند.

۶. توجه به پیگیری پس از درمان

از آنجا که تغییر طرحواره‌ها زمان‌بر است، پیگیری‌های پس از ترک و جلسات تقویتی می‌تواند در تثبیت مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش عود مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

اعتیاد اختلالی چندلایه و پیچیده است که درک و درمان آن بدون توجه به ساختارهای شناختی - هیجانی عمیق، ناکافی خواهد بود. یکی از مؤلفه‌های کلیدی در شکل‌گیری، تداوم و عود اعتیاد، نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان است. افراد دارای سابقه اعتیاد غالباً هیجان‌های دردناک خود را به شیوه‌ای ناسازگار تجربه و مدیریت می‌کنند و مصرف مواد برای آنان به ابزار اجتناب، تسکین یا بی‌حسی هیجانی تبدیل می‌شود. در سطحی عمیق‌تر، این الگوها اغلب با طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای همچون رهاشدگی، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، بی‌اعتمادی و خودکنترلی ناکافی پیوند دارند.

طرحواره‌درمانی با رویکردی تلفیقی، عمیق و رابطه‌محور، ظرفیت آن را دارد که این لایه‌های بنیادی را هدف قرار دهد. این رویکرد از طریق شناسایی و اصلاح طرحواره‌ها، کار بر حالت‌های طرحواره‌ای، کاهش سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی، ارائه تجربه رابطه درمانی ترمیمی و تقویت حالت بزرگسال سالم، می‌تواند مهارت‌های تنظیم هیجان را بهبود بخشد. بهبود در این حوزه نیز به نوبه خود می‌تواند به کاهش ولع مصرف، افزایش تاب‌آوری در برابر فشارهای هیجانی و کاهش احتمال عود منجر شود.

در مجموع، شواهد نظری و پژوهشی داخلی و خارجی از آن حمایت می‌کند که طرحواره‌درمانی می‌تواند مداخله‌ای ارزشمند و مؤثر در برنامه‌های درمان و بازتوانی افراد دارای سابقه اعتیاد باشد. با این حال، برای تثبیت بیشتر این نتیجه، انجام

پژوهش های تجربی کنترل شده، طولی و بومی سازی شده ضروری است. با وجود این، در سطح کاربردی می توان گفت که توجه به طرحواره ها و تنظیم هیجان، گامی مهم در عبور از درمان های صرفاً علامتی و حرکت به سوی درمان های عمیق تر و پایدارتر در حوزه اعتیاد است.

منابع

- دادستان، پریخ. (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*. تهران: سمت.
- شفیع آبادی، عبدالله، و ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۸). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. تهران: نشر رشد.
- قهاری، سیدابوالحسن، و همکاران. (۱۳۹۸). *اعتیاد: مبانی، پیشگیری و درمان*. تهران: ویرایش.
- کاپلان، هارولد، و سادوک، بنجامین. (ترجمه فرزین رضاعی). (۱۳۹۴). *خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک*. تهران: ارجمند.
- یانگ، جفری، کلوسکو، جنت، و ویشار، مارجوری. (ترجمه حمید پورشریفی و همکاران). (۱۳۹۴). *طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای درمانگران*. تهران: ارجمند.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (۲۰۱۰). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(۲), ۲۱۷–۲۳۷.
- Ball, S. A. (۲۰۰۷). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(۳), ۳۰۵–۳۲۱.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (۲۰۱۴). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(۳), ۳۰۵–۳۲۲.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (۱۹۹۳). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (۲۰۰۴). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(۳), ۳۳۷–۳۴۲.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (۲۰۰۹). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(۲), ۳۱۷–۳۲۸.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (۲۰۰۴). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(۱), ۴۱–۵۴.
- Gross, J. J. (۱۹۹۸). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(۳), ۲۷۱–۲۹۹.
- Khantzian, E. J. (۲۰۰۷). The self-medication hypothesis of substance use disorders revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(۵), ۲۳۱–۲۴۴.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (۲۰۰۵). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (۲nd ed.). New York: Guilford Press.
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (۲۰۰۹). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(۹), ۷۳۷–۷۴۳.

- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (۲۰۱۰). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(۳), ۲۰۷-۲۱۵.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (۲۰۱۲). The relation between early maladaptive schemas and substance use in young adults. *Substance Use & Misuse*, 47(۱۲), ۱۴۳۴-۱۴۴۲.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (۲۰۰۳). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.