



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Subscale Coping Styles of People with Drug Abuse (Opium)

Samaneh Salamian¹ , Mostafa Heydari^{2*} , Asghar Norouzi³ 

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. Email: samaneh.salamian@iau.ac.ir
2. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. Email: heidari.mostafa@iau.ac.ir
3. Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran. Email: asg.norouzi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article History:

Received: 01 May 2025

Revised: 13 Jun 2025

Accepted: 21 Jul 2025

First Published: 16 Jun 2026

Keywords:

Cognitive-Behavioral Therapy, Coping Styles, Drug Abuse, Opium.

The purpose of this study was to effectiveness of cognitive-behavioral therapy on subscale coping styles of people with drug abuse (opium). This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. Statistical population was all people with drug abuse (opium) referring to government addiction treatment centers in district 5 of Tehran city in year 2020. In the first stage, using convenience sampling method, 30 people were selected and then randomly divided into one experimental group (15 people) and one control group (15 people) were replaced and experimental group underwent cognitive-behavioral therapy (12 sessions 90 minutes), but the control group received no therapy and remained in the waiting list. The ways of coping questionnaire (WCQ) was used to collect data. The data were analyzed by repeated measures analysis of variance using SPSS version 27 software. The results of the study showed that of cognitive-behavioral therapy in post-test and follow up had a significant effect on subscale coping styles of people with drug abuse (opium) ($P < 0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy can be used as a treatment method on subscale coping styles of people with drug abuse (opium).

Cite this article: Salamian, S., Heydari, M., & Norouzi, A. (2026). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Subscale Coping Styles of People with Drug Abuse (Opium). *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press / Accepted). doi: 10.22059/japr.2026.394489.645233



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.394489.645233>

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک)

سمانه سلامیان^۱، مصطفی حیدری*^۲، اصغر نوروزی^۳

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: samaneh.salamian@iau.ac.ir

۲. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: heidari.mostafa@iau.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. رایانامه: asg.noruzi@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد دولتی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس (WCQ) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای داشته است ($P < 0.05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی مناسب برای بهبود سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) به کار برده شود.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۳۰

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶

کلیدواژه‌ها:

تریاک، درمان شناختی-رفتاری، سبک‌های مقابله‌ای، سوء مصرف مواد.

استناد: سلامیان، س.، حیدری، م.، و نوروزی، ا. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک).

فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده/آماده انتشار). doi: 10.22059/japr.2026.394489.645233

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.394489.645233>

۱. مقدمه

اختلالات مصرف مواد^۱ به ویژه سوء مصرف مواد (تریاک)^۲ یک بحران بحرانی سلامت عمومی در سراسر جهان است (کارکلا و همکاران^۳، ۲۰۲۵)، که به طور قابل توجهی بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تأثیر می‌گذارد و به عنوان یک بیماری مغزی مزمن و عودکننده تعریف می‌شود، که از تعامل پیچیده عوامل ژنتیکی، عصبی-زیستی و محیطی ناشی می‌شود و به صورت رفتار جستجوی اجباری مواد مخدر با وجود عواقب مضر خود را نشان می‌دهد (ولکو و بلانکو^۴، ۲۰۲۳). طیف گسترده آن شامل اختلال مصرف مواد افیونی (مانند تریاک)، اختلال مصرف الکل^۵ و اختلالات مصرف محرک^۶ است که هر کدام چالش‌های درمانی منحصر به فردی را ارائه می‌دهند (پاتنه و همکاران^۷، ۲۰۲۵). تریاک سابقه طولانی در استفاده دارویی و تفریحی دارد و عمدتاً به دلیل اثرات تسکین‌دهنده درد و روانگردانی آن شناخته شده است (چراغی و همکاران^۸، ۲۰۲۵). تصور می‌شود که افزایش مصرف مواد مخدر مانند تریاک به دلیل افزایش دسترسی به آن و تغییرات متعاقب آن در هنجارهای اجتماعی باشد. به طوری که می‌توان گفت که افزایش مصرف تریاک یک مکانیسم مقابله‌ای در پاسخ به افزایش پریشانی روانشناختی از جمله افسردگی^۸ باشد (کیاو و همکاران^۹، ۲۰۲۳). افزون بر این، اعتیاد به مواد مخدر به ویژه اعتیاد به تریاک با وجود اثرات مضر آنها بر ابعاد مختلف سلامت، با مصرف اجباری مواد مخدر مشخص می‌شود و افراد وابسته به آن، از سبک‌های مقابله‌ای^{۱۰} ناسازگارانه و ضعیف‌تری نسبت به افراد غیرمعتاد برخوردار هستند (آندرون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۵). به دلیل اینکه گزینه دیگری نمی‌بینند، برای مقابله با استرس روزانه شروع به استفاده از مواد مخدر می‌کنند (سودرآبا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۵). مقابله به‌عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری در حال تغییر مداوم تعریف می‌شود (موسا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۵) که توسط فرد برای مدیریت خواسته‌ها و تقاضاهای مشخص درونی و/یا بیرونی انجام می‌شود (وانگ و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۵) که تصور می‌شود از منابع فرد فراتر می‌رود (فیوسون و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۵).

به عبارتی راه‌های مقابله، روش‌هایی هستند که فرد در موقعیت‌های خاص استفاده می‌کند یا در طول زمان در موقعیت‌های مشابه تکرار می‌کند و بیانگر مجموعه‌ای از رفتارهایی است که ما در تلاش برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنیم (سفاک اوزتورک و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۳). بر اساس نتایج یک پژوهش، افراد معتاد نسبت به افراد سالم به طور معناداری از سبک‌های مقابله مسئله‌مدار کمتر و از سبک‌های مقابله هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند (کاملی و همکاران، ۱۳۹۲). در راستای چنین مشکلاتی در پژوهش حاضر از مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری^{۱۷} برای کاهش مشکلات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) استفاده شده است (امیرزاده گوغری و منظری-توکلی، ۲۰۲۵؛ زامبونی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱؛ پروتا و پری^{۱۹}، ۲۰۲۲)، که گزارش شده است که درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات مواد مخدر در حمایت از کسب و اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای بسیار مؤثر است (ماگیل و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۰). درمان شناختی-رفتاری سنگ بنای درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر است،

1. Substance use disorders (SUDs)
2. drug abuse (opium)
3. Kareklla et al
4. Volkow & Blanco
5. alcohol use disorder
6. stimulant use disorders
7. Patne et al
8. depressive symptoms
9. Kyaw et al
10. coping styles
11. Andron et al
12. Sudraba et al
13. Mousa et al
14. Wang et al
15. Fuson et al
16. Şafak Öztürk et al
17. cognitive-behavioral therapy
18. Zamboni et al
19. Perrotta & Perri
20. Magill et al

اما هنوز شکاف‌هایی در درک اثربخشی زمانی و تعدیل‌کننده‌های آن وجود دارد (مهایدات و همکاران^۱، ۲۰۲۵). مدل شناختی و رفتاری اعتیاد بر تعامل فرآیندهای شناختی، الگوهای رفتاری و نشانه‌های محیطی در سوق دادن فرد به سوءمصرف مواد تمرکز دارد. بر اساس این مدل، رفتارهای مصرف مواد توسط فرآیندهای شناختی مانند ولع مصرف^۲، سوگیری توجه^۳ و انتظارات^۴ حفظ می‌شوند که این فرآیندها، اهمیت نشانه‌های مرتبط با مواد را افزایش داده و رفتارهای جستجوی مواد را تقویت می‌کنند (اوموپو و اوددوکون^۵، ۲۰۲۴).

راهبردهای رفتاری مانند مقابله با اجتناب^۶، درمان مواجهه با نشانه^۷ و پیشگیری از عود^۸ برای هدف قرار دادن الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگارانه و بهبود رفتار اعتیادی در فرد معتاد یا مبتلا به مواد به مواد مخدر استفاده می‌شوند (مارلات و داناون^۹، ۲۰۰۵). علاوه بر این می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری روشی ثابت شده، کارآمد و از نظر تجربی تأیید شده برای درمان اختلالات مصرف مواد است و این روش بر این فرض استوار است که سوءمصرف مواد تحت تأثیر الگوهای شناختی ناسازگارانه، عادات رفتاری و نشانه‌های محیطی قرار دارد و هدف آن تغییر این عوامل برای تشویق به پرهیز و جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر است (اوموپو و اوددوکون، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان داده است که استفاده از درمان شناختی-رفتاری به طور قابل توجهی اثربخشی درمان دارویی و پیشگیری از عود مواد افیونی را افزایش می‌دهد (قائمی و همکاران، ۱۴۰۳؛ امیرزاده گوغری و منظری-توکلی، ۲۰۲۵) و انگیزه و مقابله را در افراد معتاد به مواد مخدر افزایش می‌دهد (پروتا و پری، ۲۰۲۲). در مجموع در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که به دلیل عوارض فراوان و مشکلات اقتصادی و اجتماعی که مصرف تریاک به وجود می‌آورد (داس و هورتون^{۱۰}، ۲۰۱۹؛ آتاری و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۲)، به طوری که بیش از ۶۲ میلیون نفر در سراسر جهان به دلایل غیرپزشکی از مواد افیونی استفاده می‌کنند که از این تعداد نزدیک به ۳۱ میلیون نفر به تنهایی از هروئین و تریاک استفاده می‌کنند (بااراده و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۵).

لذا با توجه به چنین مشکلاتی و ضعف در به کارگیری راهبردهای مقابله کارآمد و مسئله‌مدار توجه به مشکلات این افراد ضروری است و اهمیت پژوهشی دارد. بنابراین در این پژوهش، با به کارگیری درمان شناختی-رفتاری برای بهبود سبک‌های مقابله با استرس، ضمن بهبود این مشکلات در افراد مبتلا به سوء مصرف تریاک، برای درمانگران و روانشناسان حوزه اعتیاد کاربرد دارد تا ضمن شناخت یک درمان کارآمدتر از بین مداخلات مختلف، به بیماران مبتلا به سوء مصرف تریاک کمک کنند، تا در کنار درمان‌هایی دارویی، از مداخلات روانشناختی کارآمدتر برای ترک مواد مخدر به ویژه تریاک استفاده کنند. لذا انجام این پژوهش، اهمیت و ضرورت دارد و دارای نتایج و تلویحات کاربردی است. از سوی دیگر از آنجایی که در کمتر پژوهشی به طور اختصاصی به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) پرداخته است و پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این خلاء پژوهشی انجام شده است که خلاء موجود در این زمینه را پر کند. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد (تریاک) موثر است؟

۰۲ روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

1. Mhaidat
2. raving
3. attentional bias
4. expectancies
5. Omopo & Odedokun
6. avoidance coping
7. cue exposure therapy
8. relapse prevention
9. Marlatt & Donovan
10. Das & Horton
11. Attari et al
12. Baeradeh et al

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 (تریاک) 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 تریاک را از راه‌های گوناگون مانند خوردن 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، ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. از آنجایی که گروه‌های روان درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۵ نفر نباشد، تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. همچنین لازم به ذکر است که این تعداد با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۵ برگرفته از پژوهش [اسچرمولی و همکاران^۱ \(۲۰۱۱\)](#) و سطح خطای ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور مکفی دانسته شده است. 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) و تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش بود. وجود نشانگان شدید بالینی (بر اساس پرونده روان پزشکی فرد) و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

۲-۲. ابزار پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس^۲ (WCQ)

این پرسشنامه توسط [پارکر و همکاران^۳ \(۱۹۹۳\)](#) تدوین شده است و شامل ۶۶ سوال است که دو مولفه مقابله هیجان محور و مسئله محور تشکیل شده است که خرده مولفه‌های مقابله هیجان محور شامل رویارویی^۴ سوالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری گزینی^۵ با سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب^۶ با سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی^۷ با سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مولفه‌های مسئله محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی^۸ با سوالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵؛ مسئولیت‌پذیری^۹ با سوالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱؛ مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده^{۱۰} با سوالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۳، ۴۹ و ۵۲؛ ارزیابی مجدد مثبت^{۱۱} با سوالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند ([آتای و ارتوران^{۱۲} \(۲۰۲۰\)](#)). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۴ چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلا صفر نمره، بعضی اوقات ۱ نمره، معمولاً ۲ نمره و زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه ۱۶ سوال انحرافی است و ۵۰ سوال دیگر شیوه مقابله فرد با استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. روایی پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و سبک‌های مقابله با استرس ۰/۳۳ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است ([محمودی راد و همکاران^{۱۳} \(۱۳۹۷\)](#)). در خارج کشور برای بررسی پایایی پرسشنامه از آقای کروناخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کروناخ مولفه‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است ([کرایچ و گرانسکی^{۱۴} \(۲۰۱۹\)](#)). همچنین در یک پژوهشی دیگر آقای کروناخ برای رویارویی ۰/۵۳، دوری گزینی ۰/۴۹، گریز-اجتناب ۰/۷۲، خودکنترلی ۰/۴۸، جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۵، مسئولیت‌پذیری ۰/۶۳،

1. Schermuly et al

2. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

3. Parker et al

4. confronted coping

5. distancing

6. escape-avoidance

7. controlling

8. seeking social support

9. responsibility

10. plan-full problem solving

11. positive reappraisal

12. Atay & Erturan

13. Kraaij & Garnefski

مسئله گشایی برنامه ریزی شده ۰/۷۴ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۶ به دست آمده است (براون و بوند، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۱، پس‌آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمده است.

۳-۲. جلسات درمانی

پس از هماهنگی با مراکز ترک اعتیاد دولتی در منطقه ۵ شهر تهران در بازه زمانی دی تا اسفند ۱۴۰۰، پژوهشگر اقدام به غربالگری کردند و در ابتدا پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس درمان شناختی-رفتاری طی ۱۲ جلسه اقتباس از دستورالعمل فری (۲۰۰۵؛ به نقل از سلامیان و همکاران، ۱۴۰۳) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. از آنجایی که روایی محتوایی این جلسات در پژوهش‌های قبلی نبود نویسندگان در این پژوهش اقدام به روایی‌یابی کردند. یکی از روش‌های تبدیل قضاوت کیفی داوران درباره روایی محتوایی به کمیت، به روش لاوشه شهرت دارد و به آن نسبت روایی محتوایی^۲ (CVR) گفته می‌شود. برای محاسبه ضریب روایی محتوایی جلسات درمانی تدوین شده، از ۸ نفر اساتید متخصص در حوزه روانشناسی خواسته شد تا محتوای هر جلسه و در نهایت کل محتوای جلسات تدوین شده را به سه صورت "ضروری است"، "مفید است ولی ضروری نیست"، "ضروری نیست" مورد ارزشیابی و قضاوت قرار دهند که ضریب نسبت روایی محتوایی ۰/۹۷ درصد به دست آمده است. بر این اساس که هرچه ضریب نسبت روایی به یک نزدیکتر باشد روایی بیشتر است پس جلسات درمانی روایی محتوایی بالایی دارد. همچنین شاخص روایی محتوایی^۳ (CVI) بررسی شد که به این منظور برای به دست آوردن شاخص CVI تعداد پاسخ‌های موافق با گزینه‌های «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» بر تعداد تمامی پاسخ‌ها به هر جلسه تقسیم شده است. لذا بر اساس نتایج ضریب شاخص روایی محتوایی ۰/۹۸ به دست آمده است. با توجه به آنکه هرچه ضریب روایی به یک نزدیک‌تر باشد روایی بیشتر است، پس جلسات درمان شناختی-رفتاری روایی محتوایی بالایی دارد. در ادامه بعد از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد و سپس ۲ ماه بعد پیگیری انجام شد. هدف و محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از فری (۲۰۰۵؛ به نقل از سلامیان و همکاران، ۱۴۰۳)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
مقدماتی	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضاء
اول	آرمیدگی تخیلی هدایت شده	خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروی 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 جلسه‌ی آینده.
دوم	شناسایی افکار خودآیند	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته‌بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه‌درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی آینده.
سوم	تن آرمیدگی	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
چهارم	شناخت باورها	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی: آموزش الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته‌بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
پنجم	تهیه فهرست باورها	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
ششم	تحلیل واقعیت	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه‌ی فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت‌کنندگان، تغییر کرده‌اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
هفتم	تحلیل سودمندی	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
هشتم	تحلیل منطقی	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه‌ی تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
نهم	تهیه سلسه مراتب	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه‌ی حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باورمخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.

1. Brown & Bond

2. content validity ratio (CVR)

3. content validity index (CVI)

دهم	تغییر ادراکی	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ تمرین: بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته‌ی آینده.
یازدهم	خود پاداش دهی	مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود به خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود به خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
دوازدهم	جمع بندی	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه‌ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه‌ی اختتامیه.

۴-۲. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده‌های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ و آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۲ برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۷ بود.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

بر اساس نتایج جمعیت شناختی در گروه آزمایش تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) متوسطه، ۶ نفر (۴۰ درصد) کاردانی و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی بودند و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) متوسطه، ۳ نفر (۲۰ درصد) کاردانی و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) کارشناسی بودند که میزان آماره تحلیل خن دو^۳ آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۱/۵۹ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۴۳۱) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات (متوسطه، کاردانی و کارشناسی) است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۲۹/۸۰ و ۳/۷۵ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۰/۴۷ و ۴/۳۲ بود. میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=-۰/۱۸۲$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۶۵۴) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۲ گروه از نظر سن است.

۳-۲. توصیف متغیرهای پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک‌های مقابله‌ای

گروه کنترل		گروه آزمایش		مرحله	متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۷۴	۱۲/۶۰	۰/۷۴	۱۲/۶۰	پیش‌آزمون	رویارویی
۰/۸۳	۱۲/۴۷	۰/۹۰	۱۰/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۸۳	۱۲/۵۳	۰/۹۹	۱۰/۴۰	پیگیری	
۰/۷۲	۱۲/۶۷	۰/۸۴	۱۳/۰۰	پیش‌آزمون	دوری‌گزینی
۰/۸۳	۱۲/۵۳	۰/۷۰	۹/۹۳	پس‌آزمون	
۰/۹۱	۱۲/۶۰	۱/۰۳	۱۰/۰۷	پیگیری	
۰/۵۶	۱۴/۸۰	۰/۶۴	۱۴/۸۷	پیش‌آزمون	گریز-اجتناب
۰/۷۲	۱۴/۶۷	۱/۰۳	۱۰/۷۳	پس‌آزمون	
۰/۷۰	۱۴/۷۳	۱/۵۶	۱۱/۰۰	پیگیری	
۰/۸۴	۱۳/۰۰	۰/۸۳	۱۳/۱۳	پیش‌آزمون	خودکنترلی
۱/۰۶	۱۲/۸۷	۰/۶۸	۹/۸۰	پس‌آزمون	
۱/۱۶	۱۲/۹۳	۱/۱۰	۱۰/۰۷	پیگیری	
۰/۸۶	۱۰/۸۰	۰/۸۰	۱۰/۹۳	پیش‌آزمون	جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۹۶	۱۰/۹۳	۰/۹۹	۱۳/۴۷	پس‌آزمون	
۱/۰۰	۱۱/۰۰	۱/۱۵	۱۳/۲۰	پیگیری	
۱/۲۸	۶/۹۳	۱/۰۱	۷/۲۰	پیش‌آزمون	مسئولیت‌پذیری

1. repeated measures
2. Bonferroni
3. chi-square

۱/۲۸	۷/۰۷	-/۶۲	۹/۶۷	پس‌آزمون	
۱/۳۰	۷/۱۳	-/۷۴	۹/۵۳	پیگیری	
۰/۷۲	۱۰/۶۷	-/۷۲	۱۰/۶۷	پیش‌آزمون	
۰/۷۷	۱۰/۸۰	۱/۰۳	۱۳/۳۷	پس‌آزمون	مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده
۰/۷۴	۱۰/۸۷	۱/۴۷	۱۲/۸۰	پیگیری	
۰/۴۶	۱۴/۷۳	-/۵۱	۱۴/۶۰	پیش‌آزمون	
۰/۵۹	۱۵/۰۷	-/۹۰	۱۷/۶۷	پس‌آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۶۴	۱۵/۱۳	۱/۵۰	۱۷/۳۳	پیگیری	

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک‌های مقابله‌ای را در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش نشان می‌دهد.

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای ابعاد سبک‌های مقابله‌ای برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها ابعاد سبک‌های مقابله‌ای

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره‌ی کای دو	Df	Sig	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	اپسیلون
رویارویی	۰/۲۵	۳۷/۷۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۶۰
دوری‌گزینی	۰/۲۰	۴۳/۲۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۵۸
گریز-اجتناب	۰/۲۱	۴۲/۰۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۵۹
خودکنترلی	۰/۲۰	۴۳/۶۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۵۸
جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۴۶	۲۰/۹۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۶۹
مسئولیت‌پذیری	۰/۳۰	۳۲/۷۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۶۲
مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده	۰/۶۲	۱۲/۷۸	۲	۰/۰۰۲	۰/۷۳	۰/۷۲
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۶۲	۱۲/۷۸	۲	۰/۰۰۲	۰/۷۱	۰/۷۰

بر اساس نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره معناداری از ۰/۰۵ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction
3. Huynh-Feldt correction

تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) ابعاد سبک‌های مقابله‌ای

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه‌آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
رویارویی	گروه	۳۲/۱۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	زمان	۳۸/۲۹	۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۱/۹۳	۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
دوری‌گزینی	گروه	۳۸/۲۸	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان	۷۳/۳۵	۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۴/۰۱	۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
گریز-اجتناب	گروه	۷۶/۷۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	زمان	۱۱۴/۴۴	۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۰۳/۲۴	۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
خودکنترلی	گروه	۳۵/۶۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	زمان	۱۳۲/۴۴	۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۱۶/۳۴	۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
جستجوی حمایت اجتماعی	گروه	۲۷/۲۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	زمان	۵۲/۷۷	۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰/۴۴	۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
مسئولیت‌پذیری	گروه	۶۹/۷۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
	زمان	۶۰/۳۵	۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۵/۹۵	۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده	گروه	۲۷/۰۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	زمان	۳۵/۱۴	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۷/۱۶	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
ارزیابی مجدد مثبت	گروه	۳۷/۹۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	زمان	۷۶/۲۶	۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۶/۴۹	۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی ابعاد سبک‌های مقابله‌ای برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
رویارویی	پیش‌آزمون	۱۲/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۴۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۴۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۵۰۵

۰/۰۰۱	۱/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲/۸۳	پیش‌آزمون	دوری‌گزینی
۰/۰۰۱	۱/۵۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۲۳	پس‌آزمون	
۰/۵۷۱	-۰/۱۰	پس‌آزمون-پیگیری	۱۱/۳۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	۲/۱۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۴/۸۳	پیش‌آزمون	گریز-اجتناب
۰/۰۰۱	۱/۹۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۲/۷۰	پس‌آزمون	
۰/۴۰۶	-۰/۱۷	پس‌آزمون-پیگیری	۱۲/۸۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۷۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۳/۰۷	پیش‌آزمون	خودکنترلی
۰/۰۰۱	۱/۵۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۱۶۸	-۰/۱۷	پس‌آزمون-پیگیری	۱۱/۵۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۰/۸۷	پیش‌آزمون	جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	-۱/۲۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۲/۲۰	پس‌آزمون	
۰/۷۲۵	-۰/۱۰	پس‌آزمون-پیگیری	۱۲/۱۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷/۰۷	پیش‌آزمون	مسئولیت‌پذیری
۰/۰۰۱	-۱/۲۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۳۷	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	-۰/۰۳	پس‌آزمون-پیگیری	۸/۳۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۰/۶۷	پیش‌آزمون	مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده
۰/۰۰۱	-۱/۱۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۲/۰۳	پس‌آزمون	
۰/۵۰۰	-۰/۲۰	پس‌آزمون-پیگیری	۱۱/۸۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۷۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۴/۶۷	پیش‌آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۰۰۱	-۱/۵۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۶/۳۷	پس‌آزمون	
۰/۷۱۴	-۰/۱۳	پس‌آزمون-پیگیری	۱۶/۲۳	پیگیری	

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار (رویارویی، دوری‌گزینی، گریز-اجتناب و خودکنترلی) افراد مبتلا به سوءمصرف مواد (تریاک) بود. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار موثر است. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) موثر است، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات [میرزاده گوغری و منظری-توکلی \(۲۰۲۵\)](#) و همسویی دارد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مشکلات افراد معتاد به مواد مخدر نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات مصرف الکل و سایر مواد مخدر مانند تریاک، یکی از روش‌های درمانی اعتیاد است که به طور گسترده در سطح بین‌المللی مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به فراگیری و طول عمر آن، درمان شناختی-رفتاری برای اعتیاد به طور فزاینده‌ای در حال تبدیل شدن به یک اصطلاح کلی برای مداخلاتی است که شامل طیف وسیعی از تکنیک‌های شناختی و رفتاری می‌شوند. یکی از فنون شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای است که این فنون شامل خودنظارتی^۱، مقابله با ولع/امیل/افکار مربوط به مصرف^۲، مهارت‌های امتناع از مصرف مواد/مهارت‌های ارتباطی^۳، مدیریت خلق و خو^۴ و تقویت سبک زندگی^۵ است. در تکنیک خودنظارتی فردی که تحت درمان شناختی-رفتاری است خودآگاهی در مورد خطرات کلیدی رفتار مصرف مواد در وی افزایش پیدا می‌کند و با استفاده از تکنیک مقابله با ولع/امیل/افکار مربوط به مصرف، فرد طیف وسیعی از راهبردهای جایگزین برای مقابله با ولع را یاد می‌گیرد.

1. self-monitoring
2. coping with craving/urges/thoughts about use
3. substance refusal skills/communication skills
4. mood management
5. positive lifestyle enhancement

همچنین در تکنیک مهارت‌های امتناع از مصرف مواد/مهارت‌های ارتباطی، فرد معتاد در مورد سایر مهارت‌های ارتباطی و قاطعیت به عنوان وسیله‌ای برای اجتناب از محرک‌های رایج بین فردی برای مصرف مواد را فرا گرفته و با استفاده از مدیریت خلق و خو، گزینه‌های مختلف مقابله مانند تمرینات شناختی (مثلاً توقف فکر) یا تمرینات بدنی (مثلاً آرامش پیشرونده عضلات) را تمرین می‌کند (ماگیل و همکاران، ۲۰۲۰) و چنین تکنیک‌های باعث می‌شود که در رویارویی با شرایط تنش‌زا از مهارت‌های مقابله مسئله‌مدار استفاده بیشتری کند. علاوه بر این، این مداخله بر ادراک گزینه‌ها و راه‌حل‌های مختلف و میزان کنترل‌پذیری شرایط تاثیر مثبت و سازنده‌ای داشته باشد (ولی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹) و باعث شود که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) سبک مقابله مسئله مدار بهتری داشته باشند و با پذیرش و بودن در زمان حال توانایی بیشتری از نظر روانشناختی با مقابله با شرایط بیماری خود (یعنی سوء مصرف تریاک) به دست آورند. لذا منطقی است که گفته شود درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) موثر است.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار موثر است. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که درمان شناختی-رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) موثر است، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات زامبونی و همکاران (۲۰۲۱)، و پروتا و پری (۲۰۲۲) همسویی دارد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مشکلات افراد معتاد به مواد مخدر نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روان درمانی بدن (میسترسکا و همکاران، ۲۰۲۴) و به عنوان استاندارد طلایی روان درمانی در نظر گرفته می‌شود که هدف آن تغییر فرآیندهای شناختی ناسازگاری است که باعث ایجاد ناراحتی عاطفی می‌شود و الگوهای رفتاری منفی را با تقسیم کردن مشکلات طاقت‌فرسا به بخش‌های کوچکتر تغییر می‌دهد (داوید و همکاران، ۲۰۱۸). این امر به ویژه در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر (تریاک) که اغلب ممکن است تحت تاثیر افکار منفی و ناراحتی عاطفی مربوط به ظاهر خود و وضعیت بدنی خود قرار گیرند، بسیار مهم است. این راهبرد در مقایسه با مداخلات آموزشی ساختاریافته، مصاحبه انگیزشی، ذهن آگاهی یا مداخلات مبتنی بر عاطفه که در آن چرخه معیوب بین شناخت و احساس معمولاً در هسته آن مورد توجه قرار نمی‌گیرد، متفاوت است. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله شناختی و رفتاری با استفاده از فنون خود، باعث به چالش کشیدن افکار مرتبط سوء مصرف تریاک و کسب توانایی مقابله سازگارانه افراد معتاد شود. لذا منطقی است که گفته شود درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (تریاک) موثر است.

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 افراد وابسته به مواد مخدر (تریاک) را ندارد. همچنین پیگیری بلندمدت به علت محدودیت زمان امکان‌پذیر نبود و تنها به یک پیگیری ۲ ماهه اکتفا شد. همچنین روش خود گزارش‌دهی ابزار از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد که امکان دادن پاسخ‌های جامعه‌پسند وجود داشته است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی حجم نمونه بزرگتری انجام گیرد. از آنجایی که این درمان در افراد با سوء مصرف مواد (تریاک) در شهر تهران انجام گرفت، پیشنهاد می‌گردد در کار با افراد با سوء مصرف مواد در شهرهای دیگر به دلیل تفاوت‌های فرهنگی نیز انجام شود تا نتایج قابلیت تعمیم وسیع‌تری پیدا کند. با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند روشی کاربردی در بهبود ابعاد سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد (تریاک) باشد، همچنین می‌تواند یک مسیر درمانی روشن را به درمانگران و روانشناسان مراکز ترک اعتیاد عرضه کند

۵. ملاحظات اخلاقی

1. Misterska et al

2. David et al

در این پژوهش داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه نگه داشتن اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان و اخذ شناسه IR.IAU.TON.REC.1401.035 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

۶. سیاست‌گذاری

از همه شرکت‌کنندگانی (افراد مبتلا به سوء مصرف به تریاک) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷. حامی مالی

مقاله حاضر هیچ گونه حمایت مالی نداشته است.

۸. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- قائم، ا.، احدی، ح.، و تاجری، ب. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل. *فصلنامه علمی و پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۸ (۷۳)، ۵۵-۷۸.
<http://dx.doi.org/10.61186/etiadjohi.18.73.55>
- کاملی، د.، حجت، س.، جاجرمی، م.، عابدی، ع.، و کاملی، ط. (۱۳۹۲). مقایسه مولفه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در مردان مبتلا به اعتیاد به مواد مخدر و افراد غیر معتاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵ (۴)، ۸۱۳-۸۱۹.
<http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.5.4.813>
- محمودی‌راد، غ.، حسینی، م.، کاظمی‌مجد، ر.، و دره‌کی، ع. (۱۳۹۷). ارتباط میان سبک‌های مقابله‌ای و تعهد سازمانی پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۷ (۲)، ۷۳-۸۳.
<http://ijnv.ir/article-1-559-fa.html>
- ولی‌زاده، ش.، مکوندی، ب.، بختیارپور، س.، و حافظی، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان. *نشریه روان پرستاری*، ۸ (۴)، ۱-۹.
<http://ijpn.ir/article-1-1576-fa.html>
- ویسی، س.، و کاشفی، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر نقایص کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن و ذهنی سازی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۱۰ (۵۸)، ۳۴۰-۳۵۳.
<https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>

References

- Amirzadeh-Gougheri, K., & Manzari-Tavakoli, H. (2025). Studying how cognitive-behavioral therapy affects the mental health of people seeking methadone treatment in Kerman addiction centers, Iran: The effect of CBT on mental health. *Chronic Diseases Journal*, 1(2), 11-18.
<https://doi.org/10.22122/cdj.v1i3i1.906>
- Andron, R. M. R., Nicoară, R. D., & Coman, H. G. (2025). Systematic Review: Coping Strategies Among Individuals with Drug Addiction. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 16(1), 115-124. <https://doi.org/10.70594/brain/16.1/8>
- Atay, I. M., & Erturan, I. (2020). The Impact of Coping Strategies in Behcet's Disease: A Case-control Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(5), 680-685. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_84_19
- Attari, M. A., Asgary, S., Shahrokhi, S., Naderi, G. A., & Shariatirad, S. (2012). Cannabis and opium abuse patterns and their associated complications in a sample of young Iranians. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21(3), 238-246. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.689806>
- Baeradeh, N., Hosseini, S. V., Moftakhar, L., Jafari, F., Johari, M. G., & Rezaianzadeh, A. (2025). Exploring the Relationship between Opium Consumption and Lipid Profiles: A Population-Based Study of 10,663 Individuals in Southern Iran. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 1(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.101920>
- Brown, L. J., & Bond, M. J. (2019). The pragmatic derivation and validation of measures of adaptive and maladaptive coping styles. *Cogent Psychology*, 6(1), 156-166.
<https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1568070>

- Cheraghi, Z., Azmi-Naei, B., Azmi-Naei, N., & Ameri, M. (2025). The significant impact of opium use on various types of cancer: an updated-systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 25(1), 353-370. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13768-y>
- Das, P., & Horton, R. (2019). The global drug problem: change but not progression. *The Lancet*, 394 (10208), 1488-1490. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32275-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32275-5)
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(2), 4-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Fuson, O., Mitra, A., Little, C., Hiatt, S., Franklin, H., Dieckmann, N. F., & Hansen, L. (2025). Role of Uncertainty in Illness and Coping Strategies in Advance Directive Completion in Patients with End-stage Liver Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 59(1), 90-96. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000001981>
- Ghaemi, A., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience in Employed and Unemployed Substance-Dependent Individuals in Recovery. *Research on Addiction*, 18(73), 55-78. <http://dx.doi.org/10.61186/etiadjpajohi.18.73.55> (In Persian)
- Kameli, D., Hojjat, S., Jajarmi, M., Abedi, A., & Kameli, T. (2014). Comparison between personality traits and coping strategies in Substance dependent men and nondependent group. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 5 (4), 813-819. <http://dx.doi.org/10.29252/jnkums.5.4.813> (In Persian)
- Karekla, M., Georgiou, K., & Lamprou, E. (2025). Acceptance and commitment therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 48(3), 537-550. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.008>
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
- Kyaw, K. W. Y., Platt, L., Bijl, M., Rathod, S. D., Naing, A. Y., & Roberts, B. (2023). The effect of different types of migration on symptoms of anxiety or depression and experience of violence among people who use or inject drugs in Kachin State, Myanmar. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 45-61. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00766-1>
- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 131(1), 103648. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103648>
- Mahmoudirad, G., Hosseini, M., Kazemimajd, R., & Doraki, A. A. (2018). The Relationship between Coping Strategies and Organizational Commitment Nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 7(2), 1-10. <http://ijnv.ir/article-1-559-en.html> (In Persian)
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2th ed.). New York: Guilford press.
- Mhaidat, I., Taherian, M. R., Nazari, S. S. H., Mosavi-Jarrahi, A., Yeganeh, H., Al Yateem, N., ... & Vally, Z. (2025). Cognitive Behavioral Therapy for Resilience and Relapse Prevention in Adults with Substance Use Disorder: A Multilevel-Meta-Analysis. *Preprint with The Lancet*, Available at SSRN 5228728. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5228728>
- Misterska, E., Tomaszewski, M., Górski, F., Gapsa, J., Słysz, A., & Głowacki, M. (2024). Assessing the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Image in Adolescent Scoliosis Patients Using Virtual Reality. *Journal of Clinical Medicine*, 13(21), 6422. <https://doi.org/10.3390/jcm13216422>
- Mousa, M., Tarba, S., Arslan, A., & Cooper, S. C. (2025). When extreme work becomes the norm: an exploration of coping strategies of public sector nurses. *Public Management Review*, 27(1), 297-316. <https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2246493>
- Omopo, O. E., & Odedokun, S. A. (2024). Substance abuse: Concept, prevalence, diagnosis, and cognitive behaviour therapy. *International Journal of Academic Multidisciplinary Research (IJAMR)*, 8(7), 423-435. <http://ijeais.org/wp-content/uploads/2024/7/IJAMR240742.pdf>
- Parker, J. D., Endler, N. S., & Bagby, R. M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*, 5(3), 361-368. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.3.361>
- Patne, A. Y., Mohapatra, S., & Mohapatra, S. S. (2025). Role of Nanomedicine in Transforming Pharmacotherapy for Substance Use Disorder (SUD). *Wiley Interdisciplinary Reviews: Nanomedicine and Nanobiotechnology*, 17(2), e70008. <https://doi.org/10.1002/wnan.70008>
- Perrotta, D., & Perri, R. L. (2022). Mini-review: When neurostimulation joins cognitive-behavioral therapy. On the need of combining evidence-based treatments for addiction disorders. *Neuroscience Letters*, 777, 136588. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2022.136588>

- Şafak Öztürk, C., Kaya Odabaş, R., Sökmen, Y., & Taşpınar, A. (2023). The Relationship between Nausea-Vomiting during Pregnancy and Attachment Styles, Marital Adjustment, and Ways of Coping. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2073302>
- Schermuly, C. C., Schermuly, R. A., & Meyer, B. (2011). Effects of vice-principals' psychological empowerment on job satisfaction and burnout. *International Journal of educational management*, 25(3), 252-264. <http://dx.doi.org/10.1108/09513541111120097>
- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., & Millere, I. (2015). Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205(1), 632-636. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.099>
- Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Hafezi, F. (2020). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Prisoners Cognitive Flexibility. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 8(4), 1-9. <http://ijpn.ir/article-1-1576-en.html> (In Persian)
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10(58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> (In Persian)
- Volkow, N. D., & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22(2), 203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Wang, X., Wen, X., Liu, Z., Gao, Y. L., & Madera, J. M. (2025). When leaders self-sacrifice in times of crisis: the roles of employee emotional suppression and leader coping strategies. *Cornell Hospitality Quarterly*, 66(1), 37-55. <http://dx.doi.org/10.1177/19389655231223370>
- Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F., & Federico, A. (2021). The effectiveness of cognitive behavioral therapy techniques for the treatment of substance use disorders: a narrative review of evidence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209 (11), 835-845. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001381>

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on subscale coping styles of people with drug abuse (opium)

Extended Abstract

Aim

Drug addiction, especially opiate addiction, despite its harmful effects on various aspects of health, is characterized by compulsive drug use. Dependent individuals have maladaptive and weaker coping styles than non-addicts (Andron et al, 2025). Because they see no other option, they start using drugs to cope with daily stress (Sudraba et al, 2015). Coping is defined as the constantly changing cognitive and behavioral efforts (Mousa et al, 2025) made by an individual to manage specific internal and/or external demands (Wang et al, 2025) that are perceived to exceed the individual's resources (Fuson et al, 2025). According to the results of a study, addicted individuals use significantly fewer problem-oriented coping styles and more emotion-oriented coping styles than healthy individuals (Kameli et al, 2014). In line with these issues, the present study employed an intervention based on cognitive-behavioral therapy to reduce the problems faced by people with substance abuse (opium) (Amirzadeh-Gougheri & Manzari-Tavakoli, 2025; Zamboni et al, 2021; Perrotta & Perri, 2022), which has been reported to be very effective in supporting the acquisition and modification of coping skills for drug disorders (Magill et al, 2020). Cognitive-behavioral therapy is the cornerstone of treatment for drug abuse disorders, but there are still gaps in understanding its temporal effectiveness and moderators (Mhaidat et al, 2025). The cognitive-behavioral model of addiction focuses on the interaction of cognitive processes, behavioral patterns, and environmental cues in driving an individual to abuse substances. According to this model, substance use behaviors are maintained by cognitive processes such as craving, attentional bias, and expectancies, which increase the salience of substance-related cues and reinforce substance-seeking behaviors (Omopo & Odedokun, 2024). The purpose of this study was to effectiveness of cognitive-behavioral therapy on coping styles subscale of people with drug abuse (opium).

Methodology

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. In this research, the statistical population was all people with drug abuse (opium) referring to government addiction treatment centers in district 5 of Tehran city in year 2020. In the first stage, using convenience sampling method, 30 people were selected and then randomly divided into one experimental group (15 people) and one control group (15 people) were replaced and experimental group underwent cognitive-behavioral therapy (12 sessions 90 minutes), but the control group received no therapy and remained in the waiting list. For collect data ways of coping questionnaire (WCQ) by Parker et al (1993). The inclusion criteria for the subjects included an age between 18 and 35 years, gender (male only), education level from high school to bachelor's degree, a history of relapse (from 2 to 5 times), no heavy use of antipsychotic and depressant drugs (benzodiazepines), and completion of an informed consent form regarding participation in the research project. The presence

of severe clinical symptoms (based on the individual's psychiatric record) and absence from more than two sessions were exclusion criteria. Data analysis was performed using SPSS-29 software in two sections: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni).

Findings

Based on the demographic results, in the experimental group, 6 people (40%) had secondary education, 6 people (40%) had associate degrees, and 3 people (20%) had bachelor's degrees. In the control group, 7 people (46.67%) had secondary education, 3 people (20%) had associate degrees, and 5 people (33.33%) had bachelor's degrees. The chi-square analysis statistic obtained from comparing the frequency and percentage of the two groups in the education variable was 1.59, which was not statistically significant ($\text{sig} = 0.431$), indicating that the two groups were similar in terms of education (secondary education, associate degree, and bachelor's degree). The mean and standard deviation of the age of the experimental group were 29.80 and 3.75, while the mean and standard deviation of the age of the control group were 30.47 and 4.32. The t-test statistic obtained from comparing the means of the two groups in the age variable was $t\text{-test} = 0.182$, which is not statistically significant ($\text{sig} = 0.654$), indicating that the two groups are similar in terms of age. The assumption of variance analysis of sphericity is not respected. Violation of the default assumption of sphericity causes the F statistic of variance analysis to be inaccurate. To solve this problem and increase the accuracy of the F statistic, the degrees of freedom are corrected using the Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt methods. Which correction method to use, according to the suggestion of Stevens, if the epsilon value is greater than 0.75, then Huon-Flat correction and if epsilon is smaller than 0.75 or there is no information about sphericity. Greenhouse-Geisser correction is used. In the present study, the epsilon value for the Greenhouse-Geyser index for uncertainty intolerance is smaller than 0.75, so Greenhouse-Geyser epsilon was used (Veisi & Kashefi, 2025). Therefore, taking into account the Greenhouse-Geisser correction, the results of the analysis of variance test with repeated measurements are reported in Table 1 to investigate the difference of the research sample in the three stages of pre-test, post-test and follow-up of the uncertainty intolerance variable.

Table 1. Results of tests of within-subjects effects and tests of within-subjects contrasts (Greenhouse-Geisser correction) of subscale coping styles

Variables	Source	F	Sig	Partial Eta	Observed Power
confronted coping	group	32.14	0.001	0.53	1.00
	factor	38.29	0.001	0.58	1.00
	factor * group	31.93	0.001	0.53	1.00
distancing	group	38.28	0.001	0.58	1.00
	factor	73.35	0.001	0.72	1.00
	factor * group	64.01	0.001	0.70	1.00
escape-avoidance	group	76.77	0.001	0.73	1.00
	factor	114.44	0.001	0.80	1.00
	factor * group	103.24	0.001	0.79	1.00
controlling	group	35.61	0.001	0.56	1.00
	factor	132.44	0.001	0.82	1.00
	factor * group	116.34	0.001	0.81	1.00
seeking social support	group	27.25	0.001	0.49	1.00
	factor	52.77	0.001	0.65	1.00
	factor * group	40.44	0.001	0.59	1.00
responsibility	group	69.74	0.001	0.46	1.00
	factor	60.35	0.001	0.68	1.00
	factor * group	45.95	0.001	0.62	1.00
plan-full problem solving	group	27.06	0.001	0.49	1.00
	factor	35.14	0.001	0.56	1.00
	factor * group	27.16	0.001	0.46	1.00
positive reappraisal	group	37.94	0.001	0.57	1.00
	factor	76.26	0.001	0.73	1.00
	factor * group	46.49	0.001	0.62	1.00

The results of the study showed that of cognitive-behavioral therapy in post-test and follow up had a significant effect on subscale coping styles of people with drug abuse (opium) ($P < 0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy can be used as a treatment method on subscale coping styles of people with drug abuse (opium).

Conclusion

In explaining the results obtained, it can be said that cognitive-behavioral therapy is considered a body psychotherapy (Koemeda-Lutz et al, 2006; cited in Misterska et al, 2024) and the gold standard of psychotherapy that aims to change maladaptive cognitive processes causing emotional distress and to alter negative behavioral patterns by dividing overwhelming problems into smaller parts (David et al, 2018). This is especially important for people with drug abuse (opiates), who may often be affected by negative thoughts and emotional distress related to their appearance and physical condition. This strategy differs from structured educational interventions, motivational interviewing, mindfulness, or emotion-based interventions, in which the defective cycle between cognition and emotion is usually not addressed at its core. Additionally, in explaining this finding, it can be said that cognitive-behavioral intervention, by using relaxation techniques, imagery, training in different feelings and emotional states, rating them, teaching how thoughts affect feelings, and challenging thoughts and concerns related to the disease (opium abuse) and even other everyday issues, as well as training in anger control skills and adaptive coping skills, increases the coping ability of addicted individuals. The present study also faced some limitations. Among the limitations of the present study, it can be noted that it was conducted with a small sample, which does not allow the results to be generalized to other people with drug abuse (opium). Additionally, long-term follow-up was not possible due to time constraints, and only a 2-month follow-up was conducted. Furthermore, the self-report method of the tool is another limitation of the research, as it allowed for socially acceptable responses. It is suggested that this research be conducted with a larger sample size. Since this treatment was conducted on people with drug abuse (opium) in Tehran, it is recommended that it be carried out with individuals with drug abuse in other cities due to cultural differences, so that the results can be generalized more widely. According to the results of this study, it seems that cognitive-behavioral therapy can be a practical method for improving coping styles (problem-oriented and emotional-oriented) of individuals with substance use disorder (opium), and it can also provide a clear treatment path for therapists and psychologists in addiction treatment centers.

Keywords: *Cognitive-Behavioral Therapy, Coping Styles, Drug Abuse, Opium.*

Ethical considerations

In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, were observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants. Ethical approval: The Ethics Committee of Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, approved the study ([IR.IAU.TON.REC.1401.035](#)).

Acknowledgments and Funding

We thank and appreciate all the people and participants (secondary school students) who helped us in conducting this research. This study did not have any funds.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest related to this research.