

پیش بینی گرایش به سوءمصرف مواد مخدر بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال گرایی در دانشجویان

افسانه منصوری جلیلیان^۱، کامران یزدانبخش^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد مخدر بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال گرایی در بین دانشجویان انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه رازی بودند که از آن ۲۸۸ نفر (۱۳۷ نفر زن، ۱۵۱ نفر مرد) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب، و پرسشنامه گرایش به سوءمصرف مواد مخدر (وید و همکاران، ۱۹۹۲)، پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (نسخه دوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) و مقیاس کمال-گرایی مثبت و منفی (تری‌شورت و همکاران، ۱۹۹۵) را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی پیش-بینی‌کننده گرایش به سوءمصرف مواد مخدر بودند. **نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق دارای تلویحات کاربردی فراوان است.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره ناسازگار اولیه، کمال گرایی، گرایش به سوءمصرف مواد مخدر

۱. نویسنده مسئول: نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه رازی، پست الکترونیک:

mansourijalilian@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی

مقدمه

سوء‌مصرف مواد^۱ یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌گردد (براتی، وردی‌پور و جلیلیان، ۱۳۹۰). معضلات اجتماعی این مسئله در کشورهای در حال توسعه، چشمگیر بوده و این کشورها به دلیل دارا بودن بافت جمعیتی جوان، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. دانشجویان نیز مانند سایر اقشار جوان از این معضل در امان نیستند. اثرات سوء‌مصرف مواد در دانشجویان عمیق و گاهی کشنده گزارش شده است. اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در ایدئولوژی سوء‌مصرف مواد تأثیر دارند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند (کارول و انکن، ۲۰۰۵). طرح-واره‌های شناختی مولفه‌ای است که در گرایش به مواد مخدر اثر می‌گذارند. طرح‌واره به عنوان نقشه انتزاعی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مساله است (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳). یانگ در عرصه طرح‌واره‌ها در نظریه خود پانزده طرح‌واره را مطرح کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم شامل نیاز به پذیرفته شدن^۴، خودگردانی^۵، شایستگی و هویت^۶، خود ابرازی^۷، خودانگیزگی و لذت^۸ و جهت‌گیری از درون^۹ ایجاد می‌شوند (یانگ، ۱۹۹۹). به نقل از سلیگمن، تریون و شولمن^{۱۰}، (۲۰۰۷). از سویی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) اظهار کرده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از راه روش‌های مقابله‌ای ناسازگار بروز می‌کنند که این روش‌های مقابله‌ای ناسازگار عبارتند از تسلیم (بخ بستن)، اجتناب (گریز) و جبران افراطی (جنگ). فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باعث ناهماهنگی شناختی می‌شود. بنابراین، گرایش به سوء‌مصرف مواد مخدر روش مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای است که افراد برای مقابله با ناهماهنگی شناختی به کار می‌برند. از جمله عوامل دیگر که می‌تواند در سوء‌استفاده از

1. substance abuse

4. connection and acceptance

7. autonomy and performance

9. inner-directedness

2. Carroll & Onken

5. self regulation

8. self-expression, spontaneity and pleasure

10. Seligman, Tryon & Schulman

3. Klosko & Weishaar

6. competence and identify

مصرف مواد موثر باشد، کمال‌گرایی^۱ است. کمال‌گرایی به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه است (فروست^۲، ۱۹۹۰). کمال‌گرایی به عنوان سبک نورو تیک و منفی در رفتار مورد توجه قرار گرفته است (هماچک^۳، ۱۹۷۸). بر اساس تقسیم‌بندی بهنجار-نورو تیک دو نوع کمال‌گرایی را از یکدیگر متمایز کرده‌اند: افراد دارای کمال‌گرایی منفی با عواطف منفی حاصل از شکست، تنیدگی و اضطراب ناشی از نرسیدن به اهداف نامعقول خود درگیرند و در یک دور باطل از معیارهای شخصی بالا و غیرمنطقی و نگرانی افراطی از اشتباهات همراه با عواطف منفی و افسردگی ناشی از شکست، قرار گرفته‌اند (داوری، لوسانی و اژه‌ای، ۱۳۹۱). در مقابل کمال‌گرایی مثبت، همبستگی معنی‌داری با معیارهای شخصی بالا، عملکرد مطلوب و سازگاری مثبت دارد (بشارت، عسگری، علی‌بخشی، موحدی-نسب، ۱۳۸۹). افراد کمال‌گرا در واقع به جای مواجهه با مشکلات و مسئولیت‌پذیری درباره آن‌ها اجتناب پیشه می‌کنند و از این طریق از کاهش عزت‌نفس و خودارزشمندی خود حفاظت می‌کنند. در نتیجه آنها بیشتر نگران شکست‌های اجتنابی در حوزه وابستگی خودارزشمندی بوده و با احتمال بیشتری اهداف اجتنابی یا پیشگیری‌کننده انتخاب می‌کنند. بنابراین، افراد کمال‌گرای منفی، اگر چه همچون گروه کمال‌گرای مثبت به دنبال عزت‌نفس هستند، این کار را از روش متفاوتی دنبال می‌کنند و از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار همچون مصرف مواد مخدر استفاده می‌کنند (کراک و پارک، ۲۰۰۴). در این رابطه دانکلی، زورف و بلانکستین^۴ (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی منفی با افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس پایین ارتباط دارد. از طرفی نتایج تحقیقات رایس^۵ و دیلوو^۶ (۲۰۰۲) حاکی از آن است که کمال‌گرایی منفی پیش‌بینی‌کننده پیامدهای روان-شناختی مشکل‌زا نظیر افسردگی و اضطراب، فقدان عزت‌نفس و شرم درونی است و این عوامل خود زمینه‌ساز گرایش به اعتیاد هستند. در پژوهشی دکوولیر^۷ (۲۰۰۲)، به نقل از

1. Perfectionism
4. Dunkley
7. Decouvelaere

2. Frost
5. Rice

3. Hemachek
6. Dellwo

ریزو^۱، ۲۰۰۷)، طرح‌واره‌های ۴۶ بیمار الکلی را با ۵۵ فرد غیر الکلی مقایسه کرد. الکلی‌ها در تمام طرح‌واره‌ها، نمره بالاتری نسبت به گروه غیر الکلی داشتند. به ویژه این اختلاف در حوزه‌ی خودگردانی مختل و طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی-بدرفتاری، ایثار و رهاشدگی نمایان بود. همچنین نتایج پژوهش براچی، می‌یر، کوپللو و والر^۲ (۲۰۰۴) نشان داد که نمره‌های بیماران الکلی در طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت و محرومیت هیجانی بالاتر است (به نقل از زرگر، کاکاوند، جلالی، صلواتی، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش استوبر و اوتو (۲۰۰۶) نشان داد که کمال‌گرایان سالم نسبت به ناسالم سطوح بالاتر صفات شخصیتی مثبت و رضایت بیشتر از زندگی، شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر، تنظیم بالاتر اجتماعی و انسجام بهتری از خود نشان دادند. افزون بر این، کمال‌گرایان سالم نسبت به غیر کمال‌گرایان در بسیاری از ویژگی‌های تعریف شده‌ی مثبت نمره‌های بالاتری کسب کردند. با توجه به آنچه گفته شد هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی گرایش به سوء-مصرف مواد مخدر بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در بین دانشجویان بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

نوع این پژوهش با توجه به هدف، کاربردی و با توجه به عدم دخالت محقق در به دست آوردن داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه این تحقیق تمامی دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه رازی بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. از میان دانشکده‌های دانشگاه رازی ۷ دانشکده به تصادف انتخاب شدند و از هر دانشکده ۴ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای تصادفی بوده و حجم نمونه انتخاب شده ۲۸۸ نفر بود، که ۱۳۷ نفر آن‌ها زن و ۱۵۱ نفر مرد بودند. گسترده سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸-۳۴ سال قرار داشت.

1. Riso

2. Brotchie, Meyer, Copello & Waller

ابزار

۱- پرسشنامه گرایش به اعتیاد در بین جوانان: این پرسشنامه ۳۸ سوال دارد که با گزینه‌های "بلی" یا "خیر" پاسخ داده می‌شوند. این پرسشنامه دارای دو دسته سوال است: سوال‌های ۱، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۶ به صورت معکوس نمره-گذاری می‌شوند. یعنی انتخاب گزینه بلی معادل صفر و انتخاب گزینه خیر معادل یک است. سوال‌های ۲، ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷، ۳۸ به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. یعنی انتخاب بلی معادل یک امتیاز و انتخاب گزینه خیر معادل صفر است. نمره نهایی مقیاس جمع همه امتیازات به دست آمده در پرسشنامه خواهد بود. نمره برش در زنان ۲۳ و در مردان ۲۴ می‌باشد. این آزمون را رستمی، نصرتی و محمد آبادی (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی کردند و آلفای به-دست آمده این آزمون برابر با ۰/۹۲ می‌باشد. ضریب‌های اعتبار این مقیاس در نمونه هنجاری (با فاصله یک هفته) در مردان و زنان به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۷ است. آلفای به‌دست آمده پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۳۹ می‌باشد.

۲- پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (نسخه دوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵): این پرسشنامه ۷۵ سوال دارد که توسط یانگ بر پایه یافته‌های شمیت و همکاران برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرح‌واره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل، مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است. هر سوال بر روی یک مقیاس شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. شمیت و همکاران برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش شد. پژوهش‌های دیگر نیز ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تأیید کردند. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند. تحقیقات دیگر نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه را تأیید کردند. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۳ به‌دست آمد.

۳-مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی: این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط تری شورت آونز، اسلاد و دیوی^۱ ساخته شده است. مقیاس کمال‌گرایی دو خرده‌مقیاس مثبت و منفی و ۴۰ سوال دارد و هر آزمودنی به سوالات با یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نمی‌دانم، مخالفم و کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهد. ۲۰ سوال کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ سوال کمال‌گرایی منفی را مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمرات هر آزمودنی در این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این آزمون برای افراد دارای اختلال در خرده‌مقیاس کمال‌گرایی منفی ۶۹ و بالاتر است. اعتبار سازه این مقیاس نیز توسط هس، پراپاویسیس و اونز^۲ (۱۹۹۵) مورد تایید قرار گرفته است. هس و همکاران (۲۰۰۲) در یک نمونه بزرگتر نیز نشان دادند که این مقیاس ساختار عاملی قابل قبول و همسانی درونی بالایی دارد. در مطالعه هس و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی مثبت ۰/۸۴ و برای کمال‌گرایی منفی ۰/۸۳ می‌باشد (به نقل از ابوالقاسمی، نریمانی، ابراهیم‌زاده، و احدی، ۱۳۸۸). همچنین هس و پراپاویسیس (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. بشارت (۱۳۸۱) ضریب همسانی درونی کمال‌گرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به دست آورد. همچنین ضریب پایایی باز آزمایی این پرسشنامه ۰/۸۶ بود. ابوالقاسمی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آورد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ کمال‌گرایی مثبت برابر با ۰/۷۵، ضریب آلفای کرونباخ کمال‌گرایی منفی برابر با ۰/۸۰ می‌باشد.

یافته‌ها

آماره‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سوء‌مصرف مواد در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Terry-Short, Owens, Slade, Dewey

2. Hasse, Prapavessis & Owens

جدول ۱: آماره‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سوءمصرف مواد

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	معناداری	تعداد
گرایش به اعتیاد	۱۸/۱۴	۳/۷۷	۱	-	۲۸۸
بی‌اعتمادی	۱۱/۸۶	۵/۱۹	**۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۸۸
وابستگی	۸/۹۸	۴/۸۵	**۰/۲۱	۰/۰۰۱	۲۸۸
اطاعت	۹/۷۷	۹/۵۷	**۰/۲۸	۰/۰۰۱	۲۸۸
خویشترداری	۱۹/۱۱	۵/۵۹	**۰/۳۹	۰/۰۰۱	۲۸۸

**P < ۰/۰۱

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین طرحواره‌های بی‌اعتمادی، وابستگی، اطاعت و خویشترداری با گرایش به سوءمصرف مواد مخدر رابطه معنادار وجود دارد. برای بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی سوءمصرف مواد مخدر از تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شرح زیر استفاده شد.

در گام اول طرحواره‌ی بی‌اعتمادی وارد معادله شد و به تنهایی ۱۸٪ از واریانس سوءمصرف مواد را تبیین نمود. در گام دوم خویشترداری وارد معادله شد و این دو متغیر با هم ۲۳٪ از واریانس را تبیین نمودند. در گام سوم اطاعت وارد معادله شد و مجموعاً ۲۵٪ از واریانس تبیین شد. در نهایت در گام چهارم طرحواره‌ی وابستگی وارد معادله شد و مجموعاً ۲۶٪ از واریانس را تبیین نمودند. جدول ضرائب رگرسیون در گام آخر در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: جدول ضرائب رگرسیون سوءمصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گام آخر

پیش‌بینی کننده‌ها	B	β	آماره t	معناداری
بی‌اعتمادی	۰/۲۳	۰/۳۲	۵/۶۴۰	۰/۰۰۱
خویشترداری	۰/۱۹	۰/۲۸	۴/۸۱۰	۰/۰۰۱
اطاعت	-۰/۱۵	-۰/۱۹	-۳/۲۱۰	۰/۰۰۱
وابستگی	۰/۱۰	۰/۱۳	۲/۲۲۰	۰/۰۲

آماره‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی کمال‌گرایی و سوءمصرف مواد در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی کمال‌گرایی و سوء مصرف مواد

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	معناداری	تعداد
گرایش به اعتیاد	۱۸/۱۴	۳/۷۷	۱	-	۲۸۸
کمال‌گرایی منفی	۶۱/۵۵	۱۰/۲۳	**۰/۳۶	۰/۰۰۱	۲۸۸
کمال‌گرایی مثبت	۷۸/۸۱	۱۰/۴۲	*-۰/۱۳	۰/۰۲	۲۸۸

** $P < 0.01$

برای بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی کمال‌گرایی در پیش‌بینی سوء مصرف مواد مخدر از تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شرح زیر استفاده شد. در گام اول کمال‌گرایی منفی وارد معادله شد و به تنهایی ۱۳٪ از واریانس سوء مصرف مواد را تبیین نمود. جدول ضرائب رگرسیون در گام آخر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: جدول ضرائب رگرسیون سوء مصرف مواد بر اساس کمال‌گرایی

پیش‌بینی کننده‌ها	B	β	آماره t	معناداری
کمال‌گرایی منفی	۰/۱۳	۰/۳۶	۶/۶۶۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که طرح‌واره بی‌اعتمادی / بدرفتاری، وابستگی / بی-کفایتی، اطاعت و خویش‌نمیزی / خودانضباطی ناکافی پیش‌بینی کننده گرایش به سوء مصرف مواد مخدر است. این طرح‌واره‌ها به حیطه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل، خودگردانی یا عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی مربوط می‌شوند. می‌توان گفت افرادی که گرایش به سوء مصرف مواد مخدر دارند در این چهار حیطه آسیب‌پذیری بیشتری دارند. این پژوهش با یافته دکولیر (۲۰۰۲ به نقل از ریزو، ۲۰۰۷) هماهنگ است. طرح‌واره بی‌اعتمادی / بدرفتاری مربوط به حوزه بریدگی و طرد است. این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد و مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیرقابل پیش‌بینی یا بدرفتار هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). نتایج حاکی از آن است که افرادی که بی‌اعتمادی / بدرفتاری در آن‌ها فعال شده گرایش به سوء مصرف مواد دارند. می‌توان استنباط کرد که اینگونه افراد از آنجایی که باور دارند که دیگران به انسان ضرر می‌رسانند، بدرفتارند و انسان را سرافکننده می‌کنند. در نتیجه چنین افرادی وقتی با بحران مواجه می‌شوند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و

برای رسیدن به آرامش به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند. از طرفی وابستگی/ بی‌کفایتی پیش‌بینی‌کننده گرایش به سوءمصرف مواد مخدر بود. وابستگی/ بی‌کفایتی مربوط به حوزه خودگردانی یا عملکرد مختل است. طرح‌واره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند، و بیش از حد از کودک خود محافظت می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). افرادی که طرح‌واره وابستگی/ بی‌کفایتی در آنها فعال است اعتقاد دارند که نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره را به درستی انجام دهند و این حالت اغلب به صورت درماندگی آموخته شده ظاهر می‌شود. درماندگی باعث آشفتگی و اضطراب فرد شده، و فرد برای تسکین آشفتگی و رسیدن به آرامش به مصرف مواد روی می‌آورد. طرح‌واره اطاعت مربوط به حوزه دیگر جهت‌مندی است. این طرح‌واره در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند. بنا به گفته یانگ و همکاران (۲۰۰۳) افرادی که طرح‌واره اطاعت در آنها فعال شده است. احساس اجبار نسبت به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران دارند. این طرح‌واره اغلب به شکل افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. این طرح‌واره به طور کلی منجر به خشمی می‌شود که در قالب یک سری نشانه‌های ناسازگارانه از جمله رفتارهای منفعل پرخاشگرانه، طغیان‌های عاطفی کنترل‌نشده، علائم روان‌تنی، کناره‌گیری از عواطف، برون‌ریزی و سوءمصرف مواد آشکار می‌شود. طرح‌واره خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی مربوط به حوزه محدودیت‌های مختل است. این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که به جای انضباط، مواجهه مناسب، محدودیت‌های منطقی؛ وجه مشخصه آنها سردرگمی یا حس برتری است. افرادی که این طرح‌واره در آنها فعال است تحمل شکست و ناکامی را ندارند و به شدت از ناراحتی‌ها اجتناب می‌کنند و به هر طریقی شده از تعارض جلوگیری می‌کنند. این افراد در مواجهه با مشکلات به جای برخورد مسالمانه‌مدار، برخوردی هیجانی با مشکلات دارند زیرا به هر طریقی می‌خواهند از تعارض جلوگیری کنند. این افراد برای از بین بردن تعارض و آشفتگی به سوءمصرف مواد روی می‌آورند.

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که کمال‌گرایی منفی قادر به پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد است. در تبیین باید گفت که محرک اصلی در زندگی افراد کمال‌گرای منفی، خودشکوفایی استعدادها نیست، بلکه برتری یافتن است، آنها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین نحو آن را انجام دهند و گرنه راضی نخواهند شد. نرسیدن به کمالات آنها را دچار اضطراب و احساس گناه شدید می‌کند. این افراد معمولاً در رسیدن به اهداف خود با شکست مواجه شده و در نتیجه ارزش آن‌ها در نزد خودشان کاهش می‌یابد. دچار احساس کهنتری می‌شوند و به این باور می‌رسند که ارزش و اعتبار خود را نزد دیگران از دست داده‌اند و در نتیجه دچار اضطراب می‌شوند. در پژوهش‌های هویت و فلت (۲۰۰۴) و بشارت (۱۳۸۱)، رابطه کمال‌گرایی منفی با اضطراب تایید شده است. اضطراب باعث آشفتگی و سردرگمی فرد شده، و ممکن است اینگونه افراد برای کاهش تنش و اضطراب از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد همچون سوءمصرف مواد مخدر استفاده کنند. با توجه به اینکه درصد کمی از واریانس گرایش به اعتیاد توسط متغیرهای مورد نظر در پژوهش پیش‌بینی شد، پیشنهاد می‌شود که مطالعات دیگری انجام شود تا سایر عوامل تاثیرگذار بر گرایش به اعتیاد شناسایی شود. در پژوهش آتی پیشنهاد می‌شود مدل به دست آمده از پژوهش، در مورد افراد وابسته به مواد مورد ارزیابی قرار گیرد و مداخلات مبتنی بر کاهش گرایش به اعتیاد طراحی و اجرا شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ ابراهیم‌زاده، صدیقه؛ نریمانی، محمد و احدی، بتول (۱۳۸۸). مقایسه باورهای فراشناختی و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه در تعامل با بلاتکلیفی. *مجله روانشناسی*، ۱۲(۱)، ۳۶-۲۰
- براتی، مجید؛ وردی‌پور، حمید... جلیلیان، فرزاد (۱۳۹۰). وضعیت سوءمصرف مواد محرک و توهم‌زا و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن در میان دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴)، ۳۸۴-۳۷۶
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله روان‌شناختی*، ۱(۳)، ۲۶۰-۲۴۸
- بشارت، محمد علی؛ جوشن‌لو، محسن و میرزمانی، محمود (۱۳۸۳). رابطه سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی مثبت و منفی. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۱، ۷۲-۵۲

بشارت، محمد علی؛ عسگری، علی؛ علی‌بخشی، زهرا و موحدی‌نسب، علی‌اکبر (۱۳۸۹). کمال‌گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. *فصلنامه روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی*،

۱۲۳-۱۳۶، (۲۶)۷

داوری، مؤده، غلامعلی لواسانی، مسعود و اژه‌ای، جواد (۱۳۹۱). رابطه بین کمال‌گرایی و خود کارآمدی

تحصیلی با اهداف پیشرفت دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی*، ۱۶(۳)، ۲۶۷-۲۸۵۲

رستمی، رضا؛ نصرت‌آبادی، مسعود و محمدی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس-

های APS, MAC-R, AAS-، پژوهش‌های روانشناختی، ۱۹، ۲۸-۱۱.

زرگر، محمد؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمدرضا و صلواتی، مژگان (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره‌های

ناسازگار اولیه رفتارهای مقابله‌ای در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار. *فصلنامه روان-*

شناسی کاربردی، ۵(۱)، ۸۴-۶۹

یانگ، جفری؛ کلووسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۸۶). طرحواره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای

متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.

Birch, C. D., Stewart, S. H., & Zack, M. (2006). *Emotion and motive effects on drug-related cognition*. In R. W. Wiers & A. W. Stacy (Ed.), *Handbook on Implicit Cognition and Addiction*. (pp. 267-280). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Carroll, K.M.; and Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 168(8), 1452-1460

Clark, S., & park, S. (2004). Perfectionism, self- criticism and maternal criticism: A study of Mo- theirs and their children. *Personality and Individual Differences*, 47, 321-325

Dunkley, D.M., Zuroff, D.C., & Blankstein, K.R (2003) "Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping". *Journal of Personality and Social Psychology*, 84,234-252

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-68

Haase, A. M., Prapavessis, H. & Owens, R. G. (1999). Perfectionism and eating attitudes incompetent rowers: Moderating effects of body mass, weight classification and gender. *Psychology and Health*, 14, 643-657

Hemachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.

Hewitt, P. L., & Felt, G. L. (2004).The Cognitive and Treatment Aspects of Perfectionism. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 22(4), 233-240

Hewitt, P.L., Felt, G.L., Baser, A., sherry, S.B., & McGee, B. (2002). Perfectionism is multidimensional: A reply to saffron, cooper and Fairborn. *Behavior research and therapy*, 41, 1221-1236

Rice, K.G. & Dellwo, J.P.(2002). Perfectionism and self-development: implications for college adjustment. *Journal of counseling and Development*, 80, 188-196.

- Riso, P.L. (2007). Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide. Washington, D.C: American psychological association
- Seligman, M.E.P., Schulman, P., & Tryon, A. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior research & therapy*, 45(6), 1111-1126
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). "Positive conception of perfectionism: Approaches, evidence, challenges". *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*, 18, 663-668.
- Young .J.E., Klosko, J.S, Weishaar, M. E. (2003). *Schemas therapy: A practitioner guide*. New York: Guilford press