

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی

زهرا اسدی^۱، سارا امیری^۲، آرین پورکمالی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۶/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به سوء مصرف شیشه و افراد عادی است. **روش:** به منظور انجام پژوهش که از نوع علی-مقایسه‌ای بود، برای انتخاب نمونه بیمار از نمونه‌گیری در دسترس و برای انتخاب نمونه بهنجار (غیر معتاد) از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بر این اساس ۳۰ بیمار سوء مصرف کننده شیشه و ۳۰ فرد عادی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه-فرم کوتاه گردآوری شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین سوء مصرف کننده‌های شیشه و افراد عادی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد و نمرات افراد بیمار در طرحواره‌های ناسازگار اولیه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی و بازداری، و محدودیت‌های مختل به طور معناداری بالاتر از گروه مقایسه بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش، شواهد تجربی را برای این فرض که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر گرایش افراد به سمت سوء مصرف مواد موثر باشند، فراهم کرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سوء مصرف شیشه، اعتیاد

۱. نویسنده مسؤول: دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکز. پست الکترونیک: asadi_zahra9@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکز

۳. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکز

مقدمه

روند رو به افزایش مصرف مواد در بین جوانان بسیار نگران کننده است، زیرا اکثر جوانان که مصرف مواد را در سال‌های اولیه جوانی آغاز می‌کنند به مصرف این مواد در سال‌های آینده ادامه می‌دهند که میزان مصرف و مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می‌یابد (محمد خانی، ۱۳۸۵). اختلالات سوءمصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی اجتماعی ناشی می‌شود. این اختلالات می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، مت‌آمفتامین‌ها، کوکائین و غیره به وجود آمده و به شکل وابستگی و سوءمصرف خود را نشان دهد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد به‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل، محرومیت و رفتار اجباری برای مصرف می‌شود. مطابق با این تعریف سوءمصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می‌شود، در حالی که وابستگی وقتی ایجاد می‌شود که فرد به صورت اجباری و غیرقابل کنترل به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک را نشان می‌دهد (ابوصالح، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر الگوی مصرف در ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته است و سوءمصرف کنندگان مواد به خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت‌آمفتامین و کراک و هروئین هستند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما با نام شیشه رواج یافته است، یکی از موادی است که به شدت مورد سوءمصرف قرار گرفته است. این ماده به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام اوج لذت در فرد ایجاد می‌شود. همان‌طور که مطرح شد سوءمصرف مواد یکی از اختلالات روانی است که علل و عوامل متعدد و متنوعی در شکل‌گیری آن موثرند (وایلی، ۱۹۹۰). پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی در

گرایش به مواد تاکید بسیار می شود اما سوء مصرف می تواند با ویژگی های شخصیتی، باورها، طرحواره های ناسازگار اولیه نیز مرتبط باشد (گلانتز^۱، ۱۹۹۲). بر اساس نظریه ی طرحواره بک تصور می شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلند مدت، نشأت می گیرد. طبق این نظریه، اختلال هیجانی با فعال شدن ساختارهای شناختی بدکنش رابطه دارد. طرحواره ها را می توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه ی سازمان یافته ای از اطلاعات، باورها و فرض ها دانست. محتوای هر طرحواره از طریق تجربه های زندگی فردی ساخته و پرداخته می شود، سازمان می یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می گیرد. طرحواره ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تاثیر می گذارند و در جریان تفکر به تصمیم گیری کمک می کنند و قابل انتظارترین پیش بینی را فراهم می آورند. اما در برخی، فرایندهای ذهنی ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کنند و موجب کندی در فرایند تغییر الگوهای رفتاری شوند (یانگ^۲، ۱۹۹۰؛ ریسو، دوتویت، استین و یانگ، ۲۰۰۷، ترجمه ی یوسفی، یعقوبی و قربانعلی پور، ۱۳۹۰). بر این اساس یانگ (۱۹۹۰) معتقد است که طرحواره، الگوی ثابت و دراز مدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه می یابد. لذا طرحواره ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تاثیر می گذارند (یانگ، کلاسکو و ویشار^۳، ۲۰۰۳؛ به نقل از حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). بنابراین، طرحواره ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی، می توانند موجب تداوم مشکلات روانی شوند (لوبستیل، آرنتز و سیسوردا^۴، ۲۰۰۵). لذا آن دسته از طرحواره هایی را که منجر به شکل گیری مشکلات روان شناختی می شوند طرحواره های ناسازگار اولیه می نامند. طرحواره های ناسازگار اولیه که موجب اختلالات هیجانی می شوند، از طرحواره های افراد عادی انعطاف ناپذیرتر، خشک تر و عینی ترند (جانستون، دورای، کورتنی، بایلس و اوکان^۵، ۲۰۰۹).

سطوح چندگانه‌ای از عقاید در زیربنای رفتار اعتیادی وجود دارد. مانند این عقیده که با ترک مواد فرد تنها می‌شود و لذا تنها راه اساسی برای فرار از این موقعیت مصرف مواد است. به نظر می‌رسد که این عقاید اعتیادی از عقاید اساسی و زیربنایی یا ترکیبی از آنها نشأت می‌گیرد (بک^۱، ۱۹۹۳). در همین راستا، توناتو^۲ (۲۰۰۸) و کالاش، مارتینز و پیر^۳ (۱۹۹۴) در دو تحقیق جداگانه نشان دادند که گروه سوءمصرف کننده مواد نسبت به گروه گواه، نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی داشتند و در نتیجه انجام شناخت درمانی را برای این بیماران ضروری دانستند. همچنین، بخشی از تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از سوءمصرف مواد به واسطه تأثیر این برنامه‌ها بر باورها و نگرش‌های مربوط به مواد عنوان شده است. لذا با توجه به تغییر الگوی مصرف در کشورهای مختلف بویژه ایران و سوءمصرف مواد متامفتامین و کراک هروئین هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به سوءمصرف شیشه و افراد عادی است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه بیمار مورد مطالعه در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به سوءمصرف شیشه بودند که در فاصله زمانی فروردین ۱۳۹۰ تا شهریور همان سال دارای پرونده فعال درمان در کلینیک ترک اعتیاد "امید نیک" واقع در منطقه ۱۳ شهر تهران بودند. همچنین، جامعه گروه گواه شامل دانشجویان و کارمندان دانشگاه علامه طباطبایی تهران بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ به تحصیل و کار اشتغال داشتند. نمونه آماری در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر سوءمصرف کننده شیشه و ۳۰ نفر غیر مبتلا بود. برای انتخاب نمونه سوءمصرف کننده از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگران کلیه افراد سوءمصرف کننده را که در فاصله زمانی ۶ ماه پژوهش به کلینیک ترک اعتیاد امید نیک مراجعه کرده بودند را شناسایی و انتخاب کردند. برای انتخاب نمونه گواه از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. به این

ترتیب که از بین دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس با مراجعه به آن دانشکده، سه کلاس دوره کارشناسی به صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از دریافت اسامی دانشجویان بر اساس جدول تصادفی ۳۰ دانشجویان نظر سن و جنس با آزمودنی‌های بیمار هم‌تا سازی و بعنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار

پرسش‌نامه طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه-فرم کوتاه (YSQ-sfz): این پرسشنامه ۷۵ گویه‌ای توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرح‌حواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرح‌حواره 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 با مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. (۱) برای کاملاً نادرست تا (۶) برای کاملاً درست. در این پرسشنامه هر ۵ سوال یک طرح‌حواره را می‌سنجد. چنانچه هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرح‌حواره ناکارآمد است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه علامه طباطبائی انجام گرفت. اشمیت و همکاران برای هر طرح‌حواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ را به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. پژوهش یانگ و لانگ (۱۹۹۸) نیز ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کردند. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است (آهی، محمدی‌فر، و بشارت؛ ۱۳۸۴). همچنین تیان و بارانوف (۲۰۰۷) نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه را تایید کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی طرح‌حواره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک گروه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک گروه

متغیرها	بریدگی و طرد		عملکرد مختل		جهت‌مندی		بازداری		گوش به‌زنگی و محدودیت‌های	
	بیمار	گواه	بیمار	گواه	بیمار	گواه	بیمار	گواه	بیمار	گواه
فراوانی	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
میانگین	۵۸/۰۵	۴۲/۴۸	۳۸/۹۲	۲۸/۰۲	۲۷/۱۸	۲۲/۵۹	۳۲/۸۸	۲۷/۴۶	۲۷/۸۱	۲۳/۵۹
انحراف استاندارد	۲۲/۵۵	۱۵/۴۱	۱۶/۷۱	۹/۰۶	۹/۵۹	۶/۲۹	۱۸/۵۵	۱۴/۵۱	۱۲/۷۱	۷/۰۶

برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل حکایت از معناداری تفاوت داشت ($F=۴۵/۱۴$, $P<۰/۰۰۱$)، $F=۰/۲۴۱$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در طرح‌واره‌های ناسازگار

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
بریدگی و طرد	۲۷۷۹/۶۰	۲۷۷۹/۶۰	۳۰/۰۳۰	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	۳۱۲/۲۳	۳۱۲/۲۳	۷/۴۷۰	۰/۰۱
دیگر جهت‌مندی	۴۱۹/۹۰	۴۱۹/۹۰	۹/۲۷۰	۰/۰۱
گوش به‌زنگی و بازداری	۸۰۵/۹۲	۸۰۵/۹۲	۲۰/۴۵۰	۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل	۱۳۲۰/۴۲	۱۳۲۰/۴۲	۲۸/۱۱۰	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام حوزه‌ها تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام متغیرها گروه معتاد نمرات بالاتری از همتایان سالم داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک و افراد عادی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات گروه مبتلا به سوء مصرف به طور معناداری از گروه گواه (افراد عادی) بالاتر است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های کالاش، مارتینز و پیر (۱۹۹۴)؛ لوبستیل، آرنترز و سیسورد (۲۰۰۵)؛ دورای،

کورتنی، بایلس و اوکان (۲۰۰۹)؛ توناتو (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره‌های افراد بیمار از طرحواره‌های افراد عادی انعطاف‌ناپذیرتر و خشک‌تر و عینی‌ترند. فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری در پردازش و تفسیر اطلاعات می‌شوند. این سوگیری در سطح ظاهری به صورت افکار منفی خودکار در جریان هوشیاری نمایان می‌شوند. افراد بیماری که طرحواره در ماندگی دارند ممکن است باور داشته باشند که افرادی ناموفق، بی‌کفایت و ضعیف هستند و مشخصه افرادی که طرحواره منفور دارند ممکن است باور آنها با دفاعی بودن و جذاب نبودن ارتباط داشته باشند. اگرچه این باورها ممکن است به طور آگاهانه در موقعیت‌های مشکل‌ساز به وجود نیایند، اما به صورت سلسله‌مراتبی قرار گرفته‌اند (یوسف‌نژاد، ۱۳۸۶). همچنین، در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین گفت که افرادی که نمرات بالاتری در حوزه بریدگی و طرد دارند نمی‌توانند دل‌بستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. افرادی که نمرات بالایی در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل دارند معتقدند که نمی‌توانند مسؤولیت‌های روزمره (مثل مراقبت از دیگران، حل مشکلات روزانه، قضاوت درست و تصمیم‌گیری صحیح ..) را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران در حد قابل قبولی انجام دهند. این حالت اغلب به صورت در ماندگی بروز می‌کند. طرحواره‌های حوزه محدودیت‌های مختل منجر به بروز مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه می‌شود. افراد بیماری که طرحواره‌های در حوزه دیگر جهت‌مندی دارند به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند، آنها این کار را برای دستیابی به تایید، تداوم رابطه هیجانی و یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند. از سوی دیگر با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت مختل بودن نظام شناختی در افراد سوء‌مصرف‌کننده باعث مختل شدن رفتار خودتنظیمی در آنها شده که حاصل آن پیامدهای روان‌شناختی مختلف مانند اضطراب، افسردگی، استرس، خستگی و ... است. به عبارت دیگر این افراد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی مختلف هستند و در پیگیری اهداف

خود دچار مشکل می‌شوند. تمایل قوی این افراد برای کنترل بیش از حد خود می‌تواند ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه آنها داشته باشد (تونانو، ۲۰۰۸).

منابع

- محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان ردر معرض خطر؛ ارزیابی اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر عوامل... مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای مجرمین و افراد بهنجار. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- یوسف نژاد، مانده. (۱۳۸۶). بررسی رابطه عملکرد خانواده با طرحواره‌های ناسازگار و رضایت از زندگی دانشجویان شهرستان بابل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- ریسو، لارنس؛ دو تویت، پیترو؛ استین، دان؛ یانگ، جفری. (۱۳۹۰). طرح‌واره‌های شناختی و باورهای مرکزی در مشکلات روان شناختی. ترجمه‌ی حسن یعقوبی، رحیم یوسفی و مسعود قربانعلی پور. تبریز: انتشارات دانشگاه تبریز.
- یانگ، جفری (۱۳۸۴). شناخت درمانی برای اختلالات شخصیت: رویکرد متمرکز بر طرحواره. ترجمه‌ی علی صاحبی و حسن حمیدپور، تهران: انتشارات ارجمند.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارچور (۱۳۸۶). طرح واره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه‌ی حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorder: recent advances in treatment and models of care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: Author
- Beck, A.T. (1993). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Calache, J., Martinez, R., & Peyre, I. (1994). Dysfunctional Attitudes in depressed and non-depressed substance abuser. *European Psychiatry*, 9, 77-82.
- Dolan, S.L., & Martin, R.A. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33 (5): 675-688.
- Glantz, M. D. (1992). *Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tonato, T. (2008). Meta cognition and substance abuse. *Addictive Behavior*. 24(2), 167-174.
- Wylie, M. S. (1990). Family therapies neglected prophet. *The Family Networker*, Vol. 15(2), pp. 25-37.
- Johnston. C., Dorahy. M. J., Courtney. D., Bayles. T. & O'Kane. M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Ther Exp Psychiatry*, 40(2), 248-255.
- Lobbetael. J., Arntz. A. & Sieswerda. S. (2005). Schema modes and childhood abuse inborderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 36(3), 240-53.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, F.L: Professional Resource Press.