



مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی

انیسی خوش لهجه^۱، خدیجه ابوالمعالی^۲، زهرا خوش لهجه^۳، حسن علیزاده فرشباف^۴، احسان ایمانی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۵/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۲/۰۳

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعه پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) بود. یکی از مجموعه‌های پوشش‌دهنده این افراد به نام جمعیت خیریه تولد دوباره به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شد. انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. افراد گروه نمونه ۹۰ نفر (سه گروه ۳۰ نفره) که به ترتیب در سه گروه معتاد موفق به ترک مواد افیونی، افراد معتاد ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی انتخاب شدند. به منظور انتخاب افراد موفق به ترک مواد افیونی (شش ماه بدون لغزش) و افراد ناموفق به ترک مواد افیونی (شش ماه با لغزش) مبنای قرار گرفت. همچنین، منظور از جمعیت غیر بالینی افراد عادی غیرمعتاد بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها حکایت از وجود تفاوت در طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق دارای تلویحات کاربردی در کلینیک‌های ترک اعتیاد است. **کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معتاد موفق به ترک، معتاد ناموفق به ترک، لغزش

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. پست الکترونیک: Anissedq@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳. مددکار اجتماعی

۴. مددکار اجتماعی

۵. کارشناس مشاوره

مقدمه

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد هر روز به شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود (کاپلان^۱، ۱۹۹۴؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶؛ روک و تورنستاینسون^۲، ۲۰۰۸).

مشکل روزافزون سوء مصرف و وابستگی به مواد در جوامع گوناگون از جمله کشور ما ایران توجه عموم را به خود جلب کرده است. گرچه آگاهی فعلی ما هنوز به طور کامل در خصوص این مشکل نتوانسته ما را در حل این معضل یاری دهد، اما با بررسی مشکلات و عواقب آن به لزوم وجود پژوهش‌های بیشتری در خصوص یافتن راه‌حل پایا برای درمان و حل مشکل سوء مصرف مواد و یا جستجوی شیوه‌های پیشگیری از آن ما را آگاه می‌سازد. تاکنون بررسی این معضل به عنوان الگوهای معیوب سازگاری با ضروریات زندگی، بدون این که داغ ننگ اجتماعی درگیر باشد به پیشرفت واضحی در آگاهی و درمان منجر شده است. البته این بدان معنا نیست که فرد در ایجاد مشکل مسئولیتی را بر عهده ندارد. خیلی‌ها معتقدند که سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیت فرد در ایجاد اختلال‌های اعتیادی نقش مهمی دارند و موضوعات اصلی در برخی درمان‌ها هستند (باچر^۳، مینکا و جیل، ۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸).

رفتار اعتیادآور، رفتار مبتنی بر نیاز بیمارگون به مواد یا فعالیت می‌تواند در سوء مصرف موادی چون نیکوتین، الکل، کوکائین و امروزه از جمله مواد جدیدتر مثل کراک درگیر باشد. هروئین از سال ۱۳۵۵ به ایران وارد شد و اولین بار در بین اقشار مرفه و تحصیل کرده رواج یافت و تاکنون نیز شاهد حضور انواع دیگری از جمله "کراک" بوده‌ایم. کراک در آمریکا از برگ گیاه کوکا تهیه شده و جزء دسته کوکائین است. در حالی که در ایران یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین به نام هروئین به صورت فشرده و همراه با ترکیباتی محرکی مثل آمفتامین و اکستازی استفاده می‌شود که با نام فریبنده کراک توزیع می‌شود.

1. Kaplan & Rooke

2. Thorsteinsson

3. Butcher

با این که در سال‌ها بعد قوانین ظاهراً علیه مصرف قاچاق مواد اعتیادآور تدوین شد، اما عملاً این مواد توسعه بیشتری یافت. یکی دیگر از علل گسترش اعتیاد در ایران مجاورت و هم‌مرزی آن با هلال طلایی (افغانستان و پاکستان) تولیدکنندگان مواد مخدر است. سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن مواد اعتیادآور در این دو کشور تولید می‌شود و تنها ۲۰ درصد از مواد اعتیادآوری که به ایران وارد می‌شود، کشف می‌شود (گزارش آماری، اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷).

بر اساس توصیف اولیه "بک" از آسیب‌شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرحواره‌ها و الگوهای تفکر عاداتی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. بک^۱، فریمن^۲ و همکاران وی در سال (۱۹۹۰) طی مطالعاتی که انجام دادند برای انواع اختلالات شخصیت، مدلی از طرحواره‌های ویژه آن اختلال شخصیت را ارائه کردند. برای مثال بر اساس این مدل، شخصیت اجتنابی با طرحواره‌های بی‌کفایتی و طرد و شخصیت خود شیفته با طرحواره‌های استحقاق و منزلت داشتن ارتباط دارند و همین طور تا آخر (یانگ، کلوסקو، ویشار، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶). یانگ در سال ۱۹۹۰ یک مدل طرحواره‌ای، متمرکز بر محتوای اختصاصی آسیب‌پذیری شخصیتی ارائه کرد. مدل‌های بک و همکارانش و یانگ، هر دو بر اساس توصیف آدلر^۳ (۱۹۲۶) از وجه اشتراک افراد، در جبران احساس بی‌کفایتی و نیز در اجتناب از موقعیت‌هایی است که احتمال دارد این طرحواره‌ها فعال شوند. از آن جا که طرحواره‌ها اغلب در عمق شخصیت فرد جای گرفته‌اند و مثل الگوهای عاداتی، سال‌ها وجود داشته‌اند، برخی افراد در کنار گذاشتن آن‌ها مشکل دارند (لیهی^۴، بی‌تا؛ ترجمه فتی و همکاران، ۱۳۸۷).

تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روانکاوی، رفتار درمانی، گروه‌درمانی، دارو درمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال‌های اعتیادی صورت گرفته است اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده‌اند و عود و بازگشت مجدد سوءمصرف مواد را همراه داشته‌اند. به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر باشد و چیزی در

جایی از روان فرد وی را در حالت مصرف مجدد قرار می‌دهد. این که به چه علت معتاد پس از تلاش برای ترک دچار عود می‌شود همواره مورد سؤال بوده است و در خصوص سبب‌شناسی اعتیاد و ترک موفق و ناموفق افراد معتاد عوامل مختلفی چون مسائل زیست‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطرح است. اما به نظر می‌رسد پاسخ شخص به مواد اعتیادآور تلفیقی از عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی است (کولن^۱، ۲۰۰۹؛ روک و تورنستاینسون، ۲۰۰۸).

طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش طی سال‌های ۱۹۹۹-۱۹۹۰ به وجود آمده است، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره‌درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی‌گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم که تاکنون یک مساله بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است. تجارب بالینی نشان می‌دهد بیمارانی که دچار اختلالات شدید شخصیتی هستند و نیز افراد مبتلا به مشکلات چشمگیر منش شناختی که چنین مسایلی شالوده اختلالات محور I آن‌ها را تشکیل می‌دهند، به طرح‌واره‌درمانی خیلی خوب پاسخ می‌دهند (یانگ، کلوסקو، ویشار، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶).

پژوهشگران و متخصصین بالینی رویکرد شناختی-رفتاری در تدوین درمان‌های اثربخش برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن، جسمانی‌سازی و سوءمصرف مواد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. این درمان‌ها، کوتاه‌مدت بوده و هدف آن‌ها کاهش نشانه‌ها، مهارت‌آموزی و حل مسایل زندگی فعلی بیمار است (یانگ، کلوסקو، ویشار، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶). در این پژوهش از آن جا که بیماری اعتیاد تک بعدی نیست و ابعاد گوناگون فردی، اجتماعی، اقتصادی را در برمی‌گیرد و عوامل متعددی می‌تواند در ایجاد و استمرار آن نقش داشته

باشد، چند بعدی در نظر گرفته شده است. با نگاهی جدید به ارزیابی عوامل مؤثر و زیربنایی ایجاد این اختلال می‌پردازیم که در صورت دستیابی به آن عوامل بتوانیم به درمان و رفع مشکل پرداخته و یا در جهت پیشگیری از ایجاد مشکل سوء مصرف مواد در زمان مناسب اقدام‌های لازم را انجام دهیم.

با توجه به اینکه قشر جوان جامعه بیشتر در معرض آسیب آماج اعتیاد قرار دارند، وظیفه همگان را در موضع تقابل با این مشکل خطیرتر می‌کند. در خصوص سبب‌شناختی اعتیاد و ترک موفق و ناموفق افراد معتاد عوامل مختلفی چون مسایل زیست‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطرح است، اما به نظر می‌رسد پاسخ شخص به مواد افیونی به تلفیقی از این عوامل مربوط باشد. با توجه به این که سرانجام، اعتیاد در خود فرد است که به ظهور می‌رسد و بعد از مدتی تعداد کثیری از معتادان که موفق به ترک مواد افیونی شده‌اند مجدداً به این رفتار ناسازگارانه باز می‌گردند، می‌توان چنین استنباط کرد که اعتیاد و بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر بایستی ریشه در سازه‌های پرقوام‌تر و دیرینه‌تری که دارای جنبه‌های تعیین‌کننده‌تری بر رفتار مشهود و آشکارند داشته باشد. براساس نظریه یانگ رفتارهای ناسازگارانه در پاسخ به طحواره ایجاد شده و سپس بعدها به وسیله طحواره‌ها برانگیخته می‌شوند. یانگ معتقد است طحواره‌های ناسازگار اولیه عمیق‌ترین سطح شناخت هستند، الگوی ثابت و دراز مدتی دارند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند و تا زندگی بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و تا حد زیادی ناکارآمدند (آهی، ۱۳۸۴). آن‌ها نقش اولیه و پایه‌ای در تجارب بیماران داشته و بر فرایند تجارب بعدی تأثیر می‌گذارند. طحواره‌های ناسازگار اولیه بر نحوه فکر، احساس و عملکرد بیماران یا این که با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند نقشی اساسی دارند (احمدیان، ۱۳۸۵).

در چارچوب تلاش‌ها و پژوهش‌های دامنه‌دار و گسترده‌ای که در آسیب‌شناسی روانی اعتیاد به عمل آمده است، عوامل مختلفی نظیر نوع فرزندپروری، انواع دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد به مواد و غیره مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ولی تاکنون هیچ یک به مقایسه‌ی طحواره‌های ناسازگار اولیه افراد موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی پرداخته‌اند. این تحقیق به منظور "مقایسه‌ی طحواره‌های

ناسازگار اولیه نسبت به ترک مواد افیونی در بین مردان معتاد موفق و ناموفق و جمعیت غیربالینی "انجام شده است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این تحقیق از روش مطالعه پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) استفاده شد. با توجه به گسترده بودن جامعه مورد نظر و در دسترس نبودن این افراد، جهت جامع بودن تحقیق جامعه کوچکتری را مورد نظر قرار دادیم و یکی از مجموعه‌های پوشش‌دهنده این افراد به نام جمعیت خیریه تولد دوباره به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شد. جامعه آماری کلیه مردان معتاد موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی جمعیت خیریه تولد دوباره شهر تهران در سال ۱۳۸۹ بود. انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. افراد گروه نمونه ۹۰ نفر (سه گروه ۳۰ نفره) که به ترتیب در سه گروه معتاد موفق به ترک مواد افیونی، افراد معتاد ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی جایگزین شدند. این افراد مذکر و در محدوده سنی ۲۵ سال به بالا با تحصیلات حداقل سوم راهنمایی بودند که برای ترک مواد افیونی (کراک) به این جمعیت مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب افراد موفق به ترک مواد افیونی (شش ماه بدون لغزش) و افراد ناموفق به ترک مواد افیونی (شش ماه با لغزش) مینا قرار گرفت. همچنین، منظور از جمعیت غیر بالینی افراد عادی غیرمعتاد بودند که با توجه به محدوده سنی، جنس و تحصیلات با دو گروه فوق همخوان بودند و از بین افراد عادی ساکن در همان منطقه (منطقه ۱۴ شهر تهران) به روش تصادفی انتخاب شدند.

ابزار

۱- برگه مشخصات فردی: این برگه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه مصرف یا اعتیاد به مواد افیونی، نوع ماده مصرفی، مدت زمان اعتیاد، سابقه درمان و ترک، نوع درمان، تعداد دفعات ترک، بیشترین زمان ترک بود که توسط محقق ساخته شد.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه که برای غربالگری اولیه احتمال وجود اختلال روانی مورد استفاده قرار گرفت دارای ۲۸ سوال و ۴ خرده مقیاس است و علائم کلی چهار وضعیت (افسردگی، اضطراب، احساس آسودگی روان‌شناختی-اجتماعی و شکایت جسمی) را اندازه می‌گیرد. اولین بار توسط یعقوبی و پالاهنگ (۱۳۷۴) به فارسی ترجمه شد. ضریب اعتبار کل پرسشنامه ۰/۸۸ و ضرایب خرده مقیاس‌ها به ترتیب بالا ۰/۵۸، ۰/۵۰، ۰/۸۱، و ۰/۷۷ در ایران گزارش شده است. مقیاس درجه‌بندی آن لیکرت بوده از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. حساسیت و ویژگی این ابزار در نقطه برش ۲۳ مطلوب گزارش شده است. در این پژوهش، از آن به منظور غربال اولیه داوطلبان گروه‌ها قبل از مصاحبه استفاده شد.

۳- پرسشنامه طرحواره‌های یانگ: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است و دارای ۷۵ گویه برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت است (یانگ، ۱۹۹۰). این پرسش‌نامه در ایران ترجمه و هنجار شده است. اعتبار این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ در مورد ۱۸ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است و نتایج بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسش‌نامه از اعتبار صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (فتی، دابسون، صلواتی به نقل از احمدیان، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی طرحواره‌های اولیه در گروه غیر بالینی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی طرحواره‌های اولیه در گروه غیر بالینی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
محرومیت هیجانی	۱۱/۵۵	۶/۰۶	۱/۱۷۵	۰/۸۹۹
رهاشدگی/بی ثباتی	۱۱/۷۵	۵/۳۳	۱/۱۹۶	۱/۲۳۷
بی اعتمادی/بدرفتاری	۹/۱۰	۳/۸۱	۰/۹۱۱	۰/۶۹۰
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۹/۰۵	۳/۹۶	۰/۷۹۱	-۰/۰۷۱
نقص/شرم	۷/۳۰	۲/۹۳	۱/۱۰۹	۰/۰۶۲
استحقاق/بزرگ منشی	۸/۷۵	۳/۴۷	۱/۴۶۰	۱/۷۶۰

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
وابستگی/بی کفایتی	۸/۵۵	۴/۶۲	۲/۰۰	۲/۲۵۱
خودتحول نیافته/گرفتار	۸/۶۰	۴/۳۸	۱/۳۲۶	۰/۷۵۴
اطاعت	۹/۶۰	۵/۶۸	۲/۴۲	۳/۹۳۶
ایثار	۱۰/۶۰	۵/۹۵	۱/۲۹۸	۱/۱۵۹
بازداری هیجانی	۱۶/۰۵	۶/۴۸	۰/۵۵۲	-۰/۵۰۴
معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	۱۱/۱۰	۵/۹۸	۱/۲۳۵	۰/۷۴۷
خویشتن داری/ خوداتضباطی ناکافی	۱۷/۳۰	۶/۷۷	-۰/۲۸۹	-۱/۱۲۹
آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر	۱۳/۵۵	۵/۵۱	-۰/۱۴۸	-۱/۳۹۰

آماره‌های توصیفی طرحواره‌های اولیه در گروه موفق شده به ترک در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی طرحواره‌های اولیه در گروه موفق شده به ترک

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
محرومیت هیجانی	۱۳/۶۵	۶/۱۲	۰/۴۶۲	-۰/۵۳۱
رهاشدگی/بی ثباتی	۱۲/۴۵	۶/۲۵	۰/۵۹۱	-۰/۵۸۲
بی اعتمادی/بدرفتاری	۱۲/۵۰	۶/۴۶	۰/۹۴۴	۰/۱۲۹
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۲/۷۰	۶/۸۳	۰/۴۶۸	-۰/۹۳۰
نقص/شرم	۱۳/۱۰	۷/۳۸	۰/۹۷۰	-۰/۱۵۱
استحقاق/بزرگ منشی	۱۱/۹۵	۴/۷۰	۰/۱۵۶	-۰/۵۲۸
وابستگی/بی کفایتی	۱۰/۹۰	۵/۸۸	۰/۹۷۱	۰/۶۲۶
خودتحول نیافته/گرفتار	۱۲/۱۰	۵/۸۱	-۰/۰۱۰	-۱/۶۵۴
اطاعت	۱۳/۰۵	۷/۲۵	۰/۵۰۴	-۰/۸۰۶
ایثار	۱۱/۸۰	۵/۷۶	۰/۴۹۲	-۰/۳۹۳
بازداری هیجانی	۱۳/۹۵	۷/۲۳	۰/۴۹۳	-۱/۱۳۰
معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	۱۳/۱۵	۶/۶۲	۰/۶۹۳	-۰/۲۸۸
خویشتن داری/ خوداتضباطی ناکافی	۱۳/۷۵	۵/۴۱	-۰/۱۶۸	-۰/۷۵۱
آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر	۱۲/۴۵	۵/۵۷	۰/۳۳۶	-۰/۷۴۵

آماره‌های توصیفی طرحواره‌های اولیه در گروه ناموفق در ترک در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی طر حواره‌های اولیه در گروه ناموفق در ترک

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
محرومیت هیجانی	۱۲/۱۰	۶/۲۳	۱/۳۸۸	۱/۸۱۲
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۴/۲۰	۶/۱۰	۰/۱۴۷	-۱/۰۰
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۴/۱۵	۵/۰۹	۰/۴۲۴	۰/۴۲۳
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۱/۹۵	۴/۴۸	۰/۰۴۰	-۰/۶۶۰
نقص/شرم	۱۱/۲۰	۴/۴۴	۰/۳۶۸	۰/۳۲۶
استحقاق/بزرگ منشی	۱۱/۵۵	۴/۶۲	۰/۵۴۶	۱/۴۲۷
وابستگی/بی‌کفایتی	۱۱/۴۰	۴/۱۰	-۰/۰۷۱	-۱/۱۵۴
خودتحول نیافته/گرفتار	۱۰/۹۰	۴/۴۷	۰/۰۶۱	-۱/۲۷۰
اطاعت	۱۳/۹۵	۵/۰۲	۰/۶۶۲	۰/۸۹۷
ایثار	۱۳/۲۰	۵/۱۴	۰/۴۴۶	۰/۹۹۲
بازداری هیجانی	۱۴/۵۸	۵/۵۷	۰/۶۹۸	-۰/۶۸۷
معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	۱۲/۸۵	۳/۵۵	۰/۳۶۹	-۰/۸۵۵
خویشتن‌داری/خوداتضباطی ناکافی	۱۹/۱۵	۵/۷۲	۲/۲۸۲	۰/۹۹۲
آسیب‌پذیری در برابر بیماری و ضرر	۱۴/۶۰	۵/۶۴	۰/۵۲۵	-۰/۱۵۶

برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در طر حواره‌های ناسازگار اولیه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج حکایت از تفاوت معنادار در حداقل دو گروه داشت ($F = ۴/۰۳۲, P < ۰/۰۱, = ۰/۵۲۲$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس مربوط به تفاوت گروه‌ها در طر حواره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	اندازه اثر
محرومیت هیجانی	۱۰۰/۱۶	۲	۵۰/۰۸	۱/۶۳۴	-
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۳۲/۱۶	۲	۶۶/۰۸	۲/۲۹۷	-
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۳۱۶/۰۹	۲	۱۵۸/۰۴	۶/۲۳۹**	۰/۱۲۵
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۳۰/۴۲	۲	۶۵/۲۱	۲/۴۰۴	-
نقص/شرم	۴۲۴/۱۶	۲	۲۱۲/۰۸	۸/۸۷۱**	۰/۱۶۹
استحقاق/بزرگ منشی	۲۳۹/۲۹	۲	۱۱۹/۶۴	۶/۳۷۹**	۰/۱۲۸
وابستگی/بی‌کفایتی	۷۰۲/۴۲	۲	۳۵۱/۲۱	۳/۹۳۹*	۰/۰۸۳
خودتحول نیافته/گرفتار	۴۸۴/۸۷	۲	۲۴۲/۴۳	۱۰/۷۶۵**	۰/۱۹۸
اطاعت	۲۳۳/۴۹	۲	۱۱۶/۷۴	۳/۰۳۴	-
ایثار	۱۲۴/۸۰	۲	۶۲/۴۰	۲/۴۴۸	-
بازداری هیجانی	۱۰۹/۳۶	۲	۵۴/۶۸	۱/۵۵۴	-
معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	۷۳/۶۹	۲	۳۶/۸۴	۱/۵۱۵	-
خویشتن‌داری/خوداتضباطی ناکافی	۳۲۶/۴۹	۲	۱۶۳/۲۴	۴/۷۴۶*	۰/۰۹۸
آسیب‌پذیری در برابر بیماری و ضرر	۶۸/۶۰	۲	۳۴/۳۰	۱/۱۵۱	-

* $P < ۰/۰۵$, ** $P < ۰/۰۱$

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت در طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری ($F=6/239, P < 0/01$)، نقص/شرم ($F=8/871, P < 0/01$)، استحقاق/بزرگ‌منشی ($F=6/379, P < 0/01$)، وابستگی/بی‌کفایتی ($F=3/939, P < 0/05$)، خود تحول‌نیافته/گرفتار ($F=10/765, P < 0/01$)، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی ($F=4/746, P < 0/05$) معنادار است. برای بررسی تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج حکایت از آن داشت که در طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص و شرم، استحقاق/بزرگ‌منشی، وابستگی/بی‌کفایتی، خود تحول‌نیافته/گرفتار گروه غیربالینی به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری در مقایسه با معتادان موفق و معتادان ناموفق داشته‌اند. در طرحواره خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی گروه معتاد موفق به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری در مقایسه با معتادان ناموفق داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میانگین نمره‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه به‌طور هم‌زمان بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی تفاوت معنادار است. اسمیت^۱ و همکاران (۱۹۹۵) طی پژوهشی دریافتند که رابطه معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت وجود دارد. یانگ و همکاران (۱۹۹۹) طی پژوهش‌هایی دریافتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شیوه‌های ناسازگارانه‌ای مقابله‌ای بیماران با آن‌ها اغلب زیربنای علایم اختلالات مزمن محوری I همانند اختلالات سوء مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و روان‌تنی هستند و ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی پنهان است.

جانسون^۲ و همکاران (۲۰۰۴) طی پژوهشی دریافتند که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مبتلا به اختلال در حوزه سوء مصرف الکل و داروها وجود دارد. همچنین کاکرو، نلسون و گیلیه^۳ (۲۰۰۴) به تخمین الگوی همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شدت اختلالات محور II بر روی بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت پرداختند. آنها دریافتند که اختلال شخصیت ضداجتماعی شدید با طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری،

بازداری هیجانی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و اختلال شخصیت مرزی با رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و اختلال شخصیت افسرده با بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، شکست و اطاعت رابطه معناداری دارند.

جانن پروتچی و همکاران (۲۰۰۴) طی پژوهشی دریافته‌اند که باورهای مرکزی در معتادان به الکل، مواد و ترکیبی این دو وجود دارد. معتادان به الکل سطوح بزرگ‌تری از آسیب شناختی را نشان دادند و در معتادان به الکل به تنهایی یا در ترکیب با معتادین به مواد، نسبت به معتادان به مواد به تنهایی، سه طرحواره‌ی آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، اطاعت، بازداری هیجانی شدت بیشتری داشت.

کوپر^۱ و همکاران (۱۹۹۵) طی پژوهشی دریافته‌اند که مواد افیونی پاسخی نسبت به نوع شخصیت و ویژگی‌های روانی است که اشخاص دارند. اشخاصی که معمولاً حالت دفاعی دارند، افزایش الگوی مصرف در آن‌ها مشاهده می‌شود. بک^۲، فریمن^۳ و همکاران (۱۹۹۰) طی مطالعاتی که انجام دادند برای انواع اختلالات شخصیت، مدلی از طرحواره‌های ویژه آن اختلال شخصیت را ارائه کرده‌اند. برای مثال بر اساس این مدل، شخصیت اجتنابی با طرحواره‌های بی‌کفایتی و طرد و شخصیت خود شیفته با طرحواره‌های استحقاق و منزلت داشتن ارتباط دارند.

فتی و همکاران (۱۳۸۷) با بررسی ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی بر روی افراد با علائم افسردگی و اضطراب دریافته‌اند که طرحواره‌ها و شرایط هیجانی وابسته به موقعیت می‌توانند با حافظه رابطه داشته باشند.

همان‌طور که نتایج پژوهش و پژوهش‌های همسو که بدان اشاره شد، نشان می‌دهد طرحواره‌های ناسازگار در شکل‌دهی اختلالات شخصیت در افراد به شکل‌های گوناگون خود را بروز می‌دهند و بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم در آن‌ها مشترک است و حتی در افراد معتاد نیز به چشم می‌خورد. در این پژوهش نیز بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، استحقاق/بزرگ‌منشی، وابستگی/بی‌کفایتی، خودتحوّل نیافته/گرفتار و خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی تفاوت معنادار وجود دارد.

منابع

- اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۷). گزارش آماری. تهران.
- آهی، قاسم. (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدیان، معصومه. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی ایران.
- باچر، جیمز. مینکا، سوزان. هولی، جیل. (۲۰۰۷). آسب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. (۱۳۸۸). تهران: ارسباران.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین و گرب، جک. (۱۹۹۴). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ترجمه: نصرت‌اله پورافکاری. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات شهرآب.
- لیهی، رابرت. (بی‌تا). فنون شناخت درمانی. ترجمه: لادن فتی و همکاران. (۱۳۸۷). تهران: دانژه.
- یانگ، جفری. کلو سکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۱۹۵۰). طرحواره درمانی. ترجمه حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. (۱۳۸۶). تهران، ارجمند.
- Beck, A. T. Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Cicero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and teens of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema. Questionnaires-Research Merion. *Clinical psychology and psychotherapy*, 77, 344-357.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russel, M., & Muder, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions. A motivational model use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990-1005.
- Collen, M. (2009). Opioid Contracts and Random Drug Testing for People with Chronic Pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 37, (4), 841-857.
- Janson, L. A., Jackson, H. J. (2004). Eerily maladaptive schemas in personality disorder individuals. *Journal of personality Disorders*, 18, 467-478.
- Protchi, J. & Resick, P. A. (2004). *Stress and Trauma*. Philadelphia, PA: psychology Press.
- Rooke, S. Hine, W. Thorsteinsson B. (2008) implicit cognition and substance use: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 33(12), 1314-1328.
- Schmit, J. Collins, N. L. (1995). Schema revisited. *Clinical psychology and psychotherapy*, 77, 369-377.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.