

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان
وابسته به موادّ شبه افیونی و افراد بهنجار

Comparison of maladaptive early schemas and avoidance
behaviors in opioid dependent men and non-dependent men

M. Zargar: MA in psychology
E-mail: Zargar.mohamad@gmail.com
A.R. Kakavand: Assistant Professor, International
University of Imam Khomeini
M.R. Jalali: Assistant Professor, International
University of Imam Khomeini
M. Salavati: PhD in clinical psychology

محمد زرگر: کارشناس ارشد روان‌شناسی
علیرضا کاکاوند: استادیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی
محمد رضا جلالی: استادیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی
مزگان سلواتی: دکترای روان‌شناسی بالینی

چکیده

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine early maladaptive schemas and avoidance coping behaviors in men with opioid dependence and to compare these schemas and behaviors with non-dependent men. **Methods:** The method of the study was Causal-comparative (Expost facto). Out of 187 clients of three Addiction Recovery Centers, who received diagnosis of substance dependence, 56 patients were selected randomly, and were compared with 56 non-dependent men in terms of Early maladaptive schemas and avoidance coping behaviors. Schemas were assessed using the short form of the Young Schema Questionnaire, 2005 and the avoidance coping behaviors were assessed using Young-Rygh's Avoidance Inventory, 1994. **Results:** Results of multivariate analysis of variance showed that schemas differed significantly between opioid addicts and non-addicts, and chi-squared tests showed that avoidance strategies were more common in opioid addicts. **Conclusion:** Early maladaptive schemas may increase risk for substance abuse. Also, Avoidance coping behaviors are more common in opioid addicts than non-addicts. It is argued that since these behaviors are considered to be maladaptive ways of coping with difficulties, interventions techniques should aim to change these behaviors so that early maladaptive schemas would not be reinforced and the addict could be helped to change these schemas.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به موادّ شبه افیونی و افراد بهنجار بود. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) و جامعه آماری ۱۸۷ نفر از مراجعان سه کلینیک ترک اعتیاد بود که وابستگی به موادّ شبه افیونی داشتند. از میان این افراد، ۵۶ بیمار به صورت تصادفی انتخاب و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب شان با ۵۶ نفر از افرادی که وابستگی به مواد نداشتند مقایسه شد. ابزار پژوهش پرسشنامه کوتاه طرح‌واره یانگ نسخه سوم، ۲۰۰۵ و پرسشنامه اجتناب یانگ-رای، ۱۹۹۴ بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار معنی‌دار است و سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد به طور معنی‌داری بیشتر از افراد بهنجار است. **نتیجه‌گیری:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه می‌تواند عامل زمینه ساز و آسیب زای گرایش به سوء مصرف مواد باشد. از سوی دیگر چون افراد وابسته به موادّ بیش از افراد بهنجار از رفتارهای مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کنند که رویه‌هایی ناسازگار برای رویارویی با مشکلاتند، مداخله در این رفتارها ضروری به نظر می‌رسد تا از این طریق بتوان مانع تقویت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شد و به فرد نیز برای تغییر آن‌ها کمک کرد.

Keywords: avoidance coping behavior, early maladaptive schemas, opioids, substance dependence

کلیدواژه‌ها: رفتارهای مقابله‌ای اجتناب، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه، موادّ شبه افیونی، وابستگی به مواد

مقدمه

سوء مصرف مواد، از جمله مواد شبه افیونی^۱، همچنان از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی جوامع است. آثار و عواقب سوء مصرف مواد، در سطوح فردی و اجتماعی، تأثیرگذار و مخرب است. از جمله مشکلات مصرف مواد در سطح اجتماعی می توان به کاهش انگیزه، اختلال های تفکر و شناخت، اختلال های خلقی، آسیب های جسمی، و بزهکاری، شکست های تحصیلی، آشفتگی در روابط بین فردی اشاره کرد (طارمیان، ۱۳۸۴). بررسی های اخیر در زمینه شیوع مصرف مواد و به ویژه مصرف افیون ها، بیانگر آن است که سوء مصرف مواد در ایران مسئله ای جدی و رو به رشد است (اختیاری و جیلسون^۲، ۲۰۰۸). وابستگی به مواد شبه افیونی^۳، به تداوم در مصرف داروهای شبه افیونی به رغم مشکلات متعدد و شدیدی که از مصرف آن ها ناشی می شود اطلاق می شود که با مجموعه ای از نشانه های جسمانی، رفتاری و شناختی همراه است (سادوک و سادوک^۴، ۱۳۸۸؛ کای و تاسمن^۵، ۲۰۰۶). به طور کلی وابستگی به مواد سه ویژگی اساسی دارد: فقدان کنترل بر مصرف مواد، اختلال در عملکرد روزمره و مصرف مستمر به رغم پیامدهای نامطلوب، و سازگاری جسمانی یا روانی با ماده مورد مصرف که موجب تحمل و یا نشانگان ترک می شود (روزنهان و سلیگمن^۶، ۱۳۸۵). وابستگی به مواد در هر سنی می تواند اتفاق بیافتد، اما بین سنین ۲۰ تا ۴۵ سالگی بیشتر رایج است. برخی مطالعات، فراوانی مردان معتاد را حتی تا ۱۰ برابر یا بیشتر نیز نشان داده اند (اختیاری و جیلسون، ۲۰۰۸). در ایران شمار مصرف کنندگان مواد، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است که بیشتر آن ها سوء مصرف کنندگان مواد شبه افیونی اند (مکری^۷، ۲۰۰۲).

سالیان طولانی تلاش های بین رشته ای برای کمک به درمان سوء مصرف مواد ادامه داشته و دارد، اما طبیعت پیچیده وابستگی به مواد موجب بروز مشکلات متعدد در درمان این اختلال می شود و گرچه تلاش ها برای درمان سوء مصرف، موفقیت هایی در پی داشته اما این موفقیت ها هرگز به حد انتظار نرسیده است (اصغرنژاد فرید، عاطف و وحید و بوالهروی، ۱۳۸۶؛ بک، راست، نیومن و لیست^۸، ۱۳۸۰؛ صیادی اناری، اسماعیلی، ناظر و خالقی، ۱۳۸۱). در این میان، یکی از شیوه های سبب شناسی و درمانگری اختلال های سوء مصرف مواد در دهه اخیر، استفاده از طرح-

-
1. opioid
 2. Ekhtiari & Jillson
 3. opioid dependence
 4. Sadock & Sadock
 5. Kay & Tasman
 6. Rosenhan & Seligman
 7. Mokri
 8. Beck, Rust, Newman & List

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

واره درمانی است. یانگ سه نوع کلی از سبک‌های مقابله‌ای را معرفی کرده است: جبران افراطی^۱، اجتناب^۲ و تسلیم^۳. در جبران افراطی، اعمال فرد، متضاد با طرح‌واره و در تسلیم، اعمال در جهت پذیرش طرح‌واره است. اما وقتی بیماران، سبک مقابله‌ای اجتناب را به کار می‌برند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرح‌واره هرگز فعال نشود. آن‌ها می‌کوشند با ناآگاهی زندگی کنند، انگار که اصلاً طرح‌واره ای ندارند. از فکر کردن راجع به طرح‌واره اجتناب و افکار و تصاویر برانگیزاننده طرح‌واره را مسدود می‌کنند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۱۳۸۶).

بال^۴، رونساولیل^۵ و یانگ با اعمال تغییراتی، طرح‌واره درمانی را برای کار با اختلال سوء مصرف آماده کردند. الگوی درمانی «طرح‌واره درمانی با تمرکز دوگانه» رویکرد درمانی شناختی-رفتاری-بین‌فردی است که از تلفیق طرح‌واره درمانی یانگ، و رویکرد «مهارت‌های رویارویی نشانه‌محور با تمرکز بر جلوگیری از عود» (ریزو، ۲۰۰۷) به وجود آمده است و برای درمان افراد وابسته به سوء مصرف مواد استفاده می‌شود. در این الگوی درمانی، تحلیل و ارزیابی بیمار براساس چهار مؤلفه اساسی رویکرد طرح‌واره درمانی زیر صورت می‌گیرد: ۱. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ۲. ریشه‌های والدینی طرح‌واره‌ها (روابط والد-فرزندی در دوران کودکی فرد)، ۳. سبک مقابله‌ای اجتناب، و ۴. سبک مقابله‌ای جبران (مگناویتا^۷، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های اندکی در مورد طرح‌واره‌های ناسازگار و اختلال‌های وابسته به مواد انجام شده است و این زمینه هنوز نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. در پژوهشی دکولیر^۸ (۲۰۰۲)، به نقل از ریزو، (۲۰۰۷)، طرح‌واره‌های ۴۶ بیمار الکلی را با ۵۵ فرد غیرالکلی مقایسه کرد. الکلی‌ها، در تمام طرح‌واره‌ها، نمره بالاتری نسبت به گروه غیرالکلی داشتند. به ویژه این اختلاف در حوزه خودگردانی مختل و طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی-بدرفتاری، ایثار و رهاشدگی بیشتر نمایان بود. نتایج پژوهش براچی، می‌یر، کوپللو، کیدنی و والر^۹ (۲۰۰۴) نشان داد که نمره‌های بیماران الکلی در طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت و محرومیت هیجانی بالاتر است. در همین راستا استوپا، ثورن، واترز و پترسون^{۱۰} (۲۰۰۱) بیماران دارای اختلال روانی را با افراد بهنجار مقایسه کردند و به تفاوت دو گروه از نظر نوع و شدت و طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای

1. overcompensation
2. avoidance
3. surrender
4. Ball
5. Rounsaville
6. dual focused schema therapy
7. Magnavita
8. Decouvelaere
9. Brotchie, Meyer, Copello, Kidney & Waller
10. Stopa, Thorne, Waters & Preston

پی بردند. از این رو پژوهش حاضر نیز به منظور تعیین و مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی در افراد وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار طرح ریزی شد تا مفاهیم اصلی مورد استفاده در طرح‌واره درمانی را بررسی کند و به سؤالات زیر پاسخ دهد.

۱. آیا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد شبه افیونی بیشتر از افراد بهنجار است؟
۲. آیا رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی در افراد وابسته به مواد بیش از افراد بهنجار است؟
۳. طرح‌واره های غالب در افراد وابسته به مواد کدامند؟
۴. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی رایج در افراد وابسته به مواد کدامند؟

روش

روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه مورد مطالعه ۱۸۷ نفر مرد وابسته به مواد شبه افیونی سه مرکز ویژه ترک اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۳۸۸ بود که دوره ترک را سپری می-کردند. اعضای هر درمانگاه به طور تصادفی انتخاب شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: جنس مذکر؛ محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛ وابستگی به سوء مصرف مواد شبه افیونی (تریاک و هروئین)؛ داشتن دست کم تحصیلات سوم راهنمایی؛ در مرحله فروکش نسبی و تحت درمان با آگونست بودن. انتخاب افراد وابسته به مواد، با توجه به پرونده آن‌ها و نیز از طریق مصاحبه ساختار یافته بالینی^۱ انجام شد. گروه نمونه ۶۰ نفر بود که با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص به ۵۶ نفر رسید. افراد بهنجار نیز به تعداد ۵۶ نفر از یکی از کارخانه‌های دولتی به گونه‌ای انتخاب شدند که از لحاظ گستره سنی، تحصیلات و جنس مشابه با نمونه افراد مبتلا باشند. اعضای کارخانه براساس واحد و جایگاهی که در آن به کار مشغول بودند به طور تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. افرادی که در برگه داده‌های جمعیت‌شناختی، مصرف هر گونه مواد اعتیادآور، دارو، سیگار و یا الکل را ذکر کرده بودند از نمونه کنار گذاشته شدند. با بقیه افراد مصاحبه ساختار یافته بالینی انجام شد و این افراد پس از پر کردن رضایت نامه و ضمن آگاهی از اهداف پژوهش، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

۱. ویراست سوم نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ^۲. به پرسشنامه خودگزارشی طرح-واره یانگ (۱۹۹۴)، به نقل از یانگ، کلسکو و ویشار، (۱۳۸۶)، براساس مقیاس لیکرتی و به صورت ۱ تا ۶ پاسخ داده می‌شود. در اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آن، برای هر

1. structured clinical interview for DSM-IV disorders (SCID)

2. Young Schema Questionary - 3rd edition (YSQ 3rd)

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیّه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

طرح‌واره ناسازگار اولیّه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد و ضریب آزمون باز آزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ بود. این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلال‌های شخصیت، روایی افتراقی خوبی نشان داده است (یانگ، کلوکو، ویشار، ۱۳۸۶). نتایج تحلیل عاملی نسخه کوتاه این پرسشنامه، با نتایج تحلیل عاملی نسخه بلند آن همخوانی دارد و سنجش ۱۵ عامل (طرح‌واره) را به خوبی تأیید می‌کند. ثبات درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه نیز بسیار مناسب (آلفا بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۳) گزارش شده است (ولبورن، کوریستین، داگ، پونتفرک، جوردن^۱، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر از نسخه کوتاه ویراست سوم آن استفاده شد که ۹۰ سؤال دارد و در ایران توسط غیائی (۱۳۸۸) هنجاریابی شد. در پژوهش غیائی، روایی همزمان پرسشنامه با مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ۰/۶۵، آلفای کرونباخ آن در خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ و آلفای کل آن ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد.

۲. پرسشنامه اجتناب یانگ-رای^۲. پرسشنامه اجتناب یانگ - رای (۱۹۹۴)، به نقل از یانگ، کلوکو و ویشار، ۱۳۸۶، ۴۱ سؤالی است که برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی طراحی شده است. مانند پرسشنامه قبلی، به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۶ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی براساس این پرسشنامه عبارتند از: فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء مصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی-جسمی، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی، حواس‌پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف، آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و جز آن)، بازاری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، حواس‌پرتی منفعل، رؤیاپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند. نمرات بالا نشان‌دهنده راهبرد اجتناب غالب بیمار است. این پرسشنامه را یزدان‌دوست، عاطف‌وحید و صلواتی، در مورد دانشجویان اجرا کردند و ضریب پایایی آن را از طریق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۹ به دست آوردند (صلواتی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه وابسته به مواد ۳۲/۷۴ و گروه بهنجار ۲۹/۳ سال بود. تحصیلات ۱۸ نفر از افراد وابسته به مواد زیر دیپلم، ۳۲ نفر دیپلم و ۶ نفر تحصیلات بالاتر از دیپلم، و گروه بهنجار

1. Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan
2. Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI)

۱۰ نفر زیر دیپلم، ۳۰ نفر دیپلم و ۱۶ نفر بالاتر از دیپلم بود. وضعیت تأهل در گروه بهنجار شامل ۲۰ نفر مجرد، ۳۳ نفر متأهل و ۳ نفر مطلقه، و در گروه وابسته به مواد ۱۶ نفر مجرد، ۱۱ نفر متأهل و ۲۹ نفر مطلقه بود. افراد گروه وابسته به مواد، حداقل ۳ و حداکثر ۱۲ ماه در درمانگاه تحت درمان بودند. برای تعیین طرح‌واره‌های غالب در افراد وابسته به مواد، در افرادی که نمره آن‌ها بالاتر از نقطه برش مربوط به هر طرح‌واره بود، فراوانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه محاسبه شد. جدول ۱ طرح‌واره‌ها را به ترتیب فراوانی مشاهده‌شده در این افراد نشان می‌دهد.

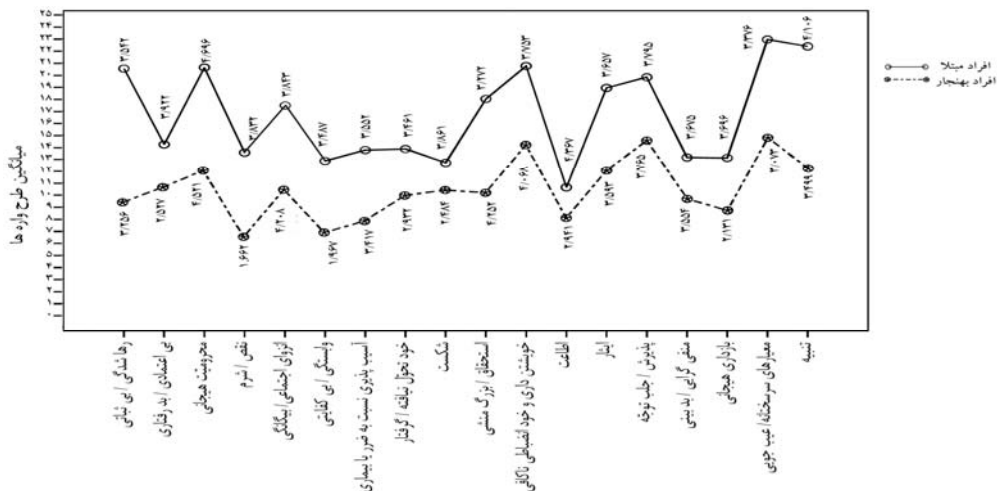
جدول ۱. بررسی فراوانی طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد وابسته به مواد

طرح‌واره	فراوانی	درصد	نقطه برش
رهاشستگی / بی‌ثباتی	۵۳	۹۴/۶	۱۵/۴۰
محرومیت هیجانی	۴۸	۸۵/۷	۱۴/۵۰
تنبیه	۴۸	۸۵/۷	۱۷/۴۰
انزوای اجتماعی / بیگانگی	۴۷	۸۳/۹	۱۴/۸۰
معیارهای سرسختانه / عیب جویی	۴۷	۸۳/۹	۱۹/۵۰
خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی	۴۶	۸۲/۱	۱۷/۳۰
ایثار	۳۳	۵۸/۹	۱۶/۵۰
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	۳۱	۵۵/۴	۱۲/۵۰
پذیرش / جلب توجه	۲۷	۴۸/۲	۱۹/۵۰
خود تحول نیافته / گرفتار	۲۷	۴۸/۲	۱۳/۵۰
وابستگی / بی‌کفایتی	۲۶	۴۶/۴	۱۱/۵۰
استحقاق / بزرگ منشی	۲۴	۴۲/۹	۱۸/۲۰
نقص / شرم	۲۴	۴۲/۹	۱۱/۷۰
بی‌اعتمادی / بد رفتاری	۲۴	۴۲/۹	۱۳/۵۰
شکست	۱۳	۲۳/۲	۱۲/۲۰
منفی‌گرایی / بد بینی	۱۲	۲۱/۴	۱۵/۶۰
بازداری هیجانی	۱۲	۲۱/۴	۱۴/۳۰
اطاعت	۱۰	۱۷/۹	۱۳/۵۰

در جدول ۱ با در نظر گرفتن چارک بالا می‌توان مشاهده کرد، رهاشستگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، تنبیه، انزوای اجتماعی/بیگانگی، و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی فراوان‌ترین طرح‌واره‌های افراد وابسته به مواد است.

نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار، در افراد مبتلا بیش از افراد بهنجار و به‌ویژه این اختلاف در طرح‌واره‌های رهاشستگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، استحقاق/خودبزرگ بینی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی، ایثار، پذیرش/جلب توجه، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی و تنبیه بیشتر از سایر طرح‌واره‌ها است.

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...



نمودار ۱. میانگین و انحراف معیار طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد وابسته به مواد و بهنجار

جدول ۲. تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون اثر بین آزمودنی تفاوت میانگین طرح‌واره‌ها در دو گروه

معنای داری	F (df)	مجدور سهمی ای‌تا	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۳۰۱/۳۶ (۱)	۰/۷۴	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۳۳/۴۷ (۱)	۰/۲۳	حیطه ۱
۰/۰۰۰۱	۹۷/۲۲ (۱)	۰/۴۵	محرومیت هیجانی
۰/۰۰۰۱	۱۵۹/۶۵ (۱)	۰/۵۹	نقص / شرم
۰/۰۰۰۱	۸۵/۰۱ (۱)	۰/۴۵	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۰۰۰۱	۱۲۵/۷۵ (۱)	۰/۵۳	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۸۱/۵۰ (۱)	۰/۴۳	حیطه ۲
۰/۰۰۰۱	۴۱/۶۲ (۱)	۰/۲۷	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
۰/۰۰۰۱	۱۴/۰۹ (۱)	۰/۱۱	خود تحول نیافته / گرفتار
۰/۰۰۰۱	۱۱۹/۵۵ (۱)	۰/۵۲	شکست
۰/۰۰۰۱	۷۸/۹۴ (۱)	۰/۴۲	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۱۳/۱۷ (۱)	۰/۱۰	حیطه ۳
۰/۰۰۰۱	۱۰۱/۲۲ (۱)	۰/۴۸	استحقاق / بزرگ منشی
۰/۰۰۰۱	۵۴/۳۶ (۱)	۰/۳۳	خوبشنداری و خودنضباطی ناکافی
۰/۰۰۰۱	۲۵/۹۸ (۱)	۰/۱۹	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۵۹/۸۴ (۱)	۰/۳۵	حیطه ۴
۰/۰۰۰۱	۱۷۸/۹۴ (۱)	۰/۶۲	اطاعت
۰/۰۰۰۱	۱۹۸/۶۷ (۱)	۰/۶۴	ایثار
۰/۰۰۰۱	۱۶۶/۲۰ (۱)	۰/۶۰	پذیرش / جلب توجه
۰/۰۰۰۱	۹۴/۰۶ (۱)	۰/۴۶	طرح‌واره‌های
۰/۰۰۰۱	۱۲۸/۴۲ (۱)	۰/۵۴	حیطه ۵
۰/۰۰۰۱	۸۷/۶۵ (۱)	۰/۴۴	منفی‌گرایی / بدبینی
۰/۰۰۰۱	۱۹۳/۷۴ (۱)	۰/۶۴	بازداری هیجانی
			معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی
			تنبیه
			طرح‌واره‌های
			حیطه ۶
			بریدگی و طرد
			خودگردانی مختل و عملکرد مختل
			محدودیت‌های مختل
			دیگر جهت مندی
			گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری

در جدول ۲ آزمون لامبادای ویلکز نشان می دهد تفاوت طرح‌واره‌های ناسازگار و حیطه‌های طرح‌واره‌ها در افراد مبتلا و بهنجار معنی‌دار است. میزان اثر مربوط به طرح‌واره‌ها ۹۱ درصد، و میزان اثر مربوط به حیطه‌ها ۶۸ درصد بود. تحلیل هر یک از متغیرها به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان‌شده بنفرونی ($\alpha < 0.002$) نشان می دهد تفاوت در تمامی طرح‌واره‌ها بین افراد وابسته به مواد و بهنجار معنی‌دار است. بیشترین میزان تأثیرپذیری واریانس طرح‌واره‌ها، به طرح-واره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی، تنبیه، نقص/شرم، وابستگی/بی-کفایتی و استحقاق/خود بزرگ بینی مربوط می‌شود. همچنین تفاوت در هر ۵ حیطه طرح‌واره‌ها نیز در سطح ۰/۰۰۱ بین افراد وابسته به مواد و بهنجار معنی‌دار و بیشترین میزان تأثیرپذیری واریانس حیطه‌های طرح‌واره‌ها، به حیطه‌های گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری، و بریدگی و طرد و محدودیت‌های مختل مربوط است.

جدول ۳. سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد به ترتیب فراوانی

درصد	فراوانی	سبک اجتنابی
۹۰	۵۰	سوء مصرف مواد
۸۴	۴۷	اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی
۸۰	۴۵	انکار ناخوشی
۷۷	۴۳	بازداری منفعلانه هیجانات ناخوشایند
۷۳	۴۱	فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند
۷۱	۴۰	گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم
۶۱	۳۴	اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند
۵۷	۳۲	علایم روانی- جسمی
۵۷	۳۲	حواس‌پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف
۳۴	۱۹	حواس‌پرتی منفعل، رؤیا پردازی و ...
۲۸	۱۶	انکار خاطرات
۱۴	۸	کنترل و منطقی بودن افراطی
۱۴	۸	سرکوب خشم
۱۲	۷	آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و ...)

بر اساس جدول ۳، بیشترین فراوانی سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد، مربوط به اجتناب از طریق خوابیدن و فقدان انرژی، انکار ناخوشی، بازداری منفعلانه هیجان‌ها، فکر نکردن به مسائل ناخوشایند به طور عمد و دوری‌گزینی از مردم است.

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

جدول ۴. نتایج آزمون خی دو تفاوت فراوانی سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد و بهنجار

معناداری	درجه آزادی	χ^2	فراوانی		سبک اجتنابی
			افراد مبتلا	افراد بهنجار	
۰/۰۰۲	۱	۹/۵	۴۱	۲۵	فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند
۰/۰۰۱	۱	۵۴/۷۶	۵۰	۱۱	سوء مصرف مواد
۰/۰۰۱	۱	۲۸/۳۳	۴۵	۱۷	انکار ناخوشی
۰/۷۸	۱	۰/۰۷۷	۸	۷	کنترل و منطقی بودن افراطی
۰/۴۵	۱	۰/۵۷	۸	۱۱	سرکوب خشم
۰/۰۰۱	۱	۱۰/۵۹	۳۲	۱۵	علائم روانی - جسمی
۰/۰۰۱	۱	۳۰/۲۷	۴۰	۱۱	گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم
۰/۲۷	۱	۱/۲۲	۱۶	۱۱	انکار خاطرات
۰/۰۰۱	۱	۶۳/۳۲	۴۷	۵	اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی
۰/۰۲	۱	۴/۸۸	۳۲	۴۳	حواس‌پرتهی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف
۰/۱۳	۱	۲/۱۹	۷	۱۳	آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و ...)
۰/۰۰۱	۱	۴۴/۱	۴۳	۸	بازداری منفعلانه هیجان‌ناخوشایند
۰/۵۶	۱	۰/۳۵	۱۹	۲۲	حواس‌پرتهی منفعل، رؤیا پردازی و ...
۰/۴۴	۱	۰/۵۸	۳۴	۳۰	اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند

جدول ۴ نشان می‌دهد سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد به طور معنی‌داری بیش از افراد بهنجار است. بیشترین تفاوت‌ها به ترتیب مربوط به سبک‌های اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی، سوء مصرف مواد، بازداری منفعلانه هیجان‌ناخوشایند، گوشه‌گیری و انکار ناخوشی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در افراد وابسته به مواد، طرح‌واره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، تنبیه، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی و استحقاق/ خود بزرگ بینی طرح‌واره‌های غالبند که بیشترین فراوانی و نیز بیشترین اختلاف میانگین را با افراد بهنجار دارند. این طرح‌واره‌ها به حیطه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل، و گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری مربوط می‌شوند و می‌توان گفت افراد وابسته به مواد در این سه حیطه آسیب‌پذیری بیشتری دارند. این مسئله با نظریه بال (به نقل از ریزو، ۲۰۰۷) همسو است مبنی بر این که سوء مصرف مواد می‌تواند مستقیماً به عنوان رفتاری ناشی از فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار حوزه محدودیت مختل (استحقاق/ خود بزرگ بینی، خویش‌داری/ خودانضباطی ناکافی) مربوط باشد. البته براساس نتایج پژوهش حاضر حیطه‌های گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری، و بریدگی و طرد نیز در این اختلال مهم بوده‌اند و این تمایزی است

که پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد. در پژوهش دکولیر و همکاران (۲۰۰۲)، به نقل از ریزو، (۲۰۰۷) نیز طرح‌واره‌های غالب در افراد الکلی، بیشتر در حیطه خودگردانی مختل و طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی- بدرفتاری، ایثار و رهاشدگی بود که با پژوهش حاضر همسو است. نمره‌های بالا در طرح‌واره محرومیت هیجانی در افراد وابسته به مواد در پژوهش براچی و همکاران (۲۰۰۴) نیز مشاهده شد. البته در پژوهش براچی، طرح‌واره‌های آسیب‌دیدگی نسبت به ضرر یا بیماری و اطاعت نیز به عنوان طرح‌واره‌های غالب مطرح شد. طرح‌واره آسیب‌دیدگی نسبت به ضرر یا بیماری در پژوهش حاضر نیز با درصد نسبتاً بالایی در بین افراد مبتلا مشاهده شد.

طرح‌واره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی مربوط به حیطه بریدگی و طردند. به اعتقاد یانگ طرح‌واره‌های این حیطه در خانواده‌های سرد و بی‌عاطفه، مضایقه‌گر، تندخو و غیر قابل پیش‌بینی به وجود می‌آید. همان‌طور که ریز و ویلبرن^۱ (۱۹۸۳)، کافمن^۲ (۱۹۸۱) و دیگر پژوهشگران بیان کرده‌اند، یکی از سبک‌های والدینی رایج در والدین افراد وابسته به سوء مصرف مواد، کم عاطفه بودن، کنترل‌گری افراطی و تندخویی است که می‌تواند فرد را برای گرایش به مواد در سنین نوجوانی و جوانی مستعد کند. از آنجا که افراد وابسته به سوء مصرف، طرح‌واره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی بیشتری داشتند، می‌توان استنباط کرد که این افراد در ارضاء نیازهای هیجانی خود در روابط عاطفی با افراد مهمّ زندگیشان مشکل دارند. آن‌ها گمان می‌کنند رابطه عاطفی مطلوبی ندارند یا حفظ و تدارم رابطه برایشان غیر قابل پیش‌بینی است. در واقع در خانواده‌هایی که کودکان حمایت اجتماعی لازم را دریافت نمی‌کنند، یاد می‌گیرند یا به روابط با دیگران و هنجارهای اجتماعی بی‌توجه باشند، که در این صورت وجود طرح‌واره‌هایی نظیر، استحقاق/خودبزرگ بینی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی در آن‌ها دور از انتظار نیست؛ و یا یاد می‌گیرند به خواست‌های دیگران بیش از حد اهمیت دهند و در نتیجه نیازهای خود را نادیده بگیرند که از این جهت می‌توان در آن‌ها انتظار مشاهده طرح‌واره‌هایی مثل تنبیه، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی، نقص/شرم را داشت. به هر حال پیامد کلی چنین خانواده‌هایی، محرومیت هیجانی و احساس بی‌ثباتی در روابط و عدم ارضاء نیازهای هیجانی است.

براساس نتایج این پژوهش، طرح‌واره خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی نیز در این افراد فراوانی بالایی داشت. افراد با داشتن طرح‌واره مذکور در خویش‌داری و تحمّل ناکامی مشکلات زیادی دارند و از هیجان‌های ناخوشایند و ناراحتی‌ها اجتناب می‌کنند و فاقد انسجام شخصیتی،

1. Rees & Wilborn

2. Kaufman

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

تعهد و مسئولیت‌پذیری هستند (یانگ، کلوکسو، ویشار، ۱۳۸۶). نظریه‌های روان‌شناختی در تبیین سبب‌شناسی سوء مصرف، عدم انسجام شخصیتی، جامعه‌پذیری نامناسب، مسئولیت‌ناپذیری و در نتیجه عدم اعمال محدودیت‌های منطقی برای خود را از جمله عوامل مستعدکننده برای سوء مصرف می‌دانند. نداشتن خودانضباطی کافی و عدم اعمال محدودیت‌های منطقی، شبیه به نظریهٔ ورهيوئل^۱ (۲۰۰۱) در مورد مسیر بازدارنده‌ی خود را از گرایش به سوء مصرف مواد است که در آن، فقدان محدودیت‌های لازم یکی از تبیین‌های ارائه شده برای گرایش به مصرف مواد است. البته در نظریهٔ وی به تکانشگری نیز اشاره شده که در این پژوهش موضوع بررسی نبوده است.

در کل می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر همسو با نظر پژوهشگرانی است که در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد به مشکلات شخصیتی تکیه می‌کنند. این امر در دهه‌های اخیر دوباره نظر کارشناسان را در سبب‌شناسی وابستگی به مواد به خود جلب کرده است (ورهيوئل، ۲۰۰۱؛ بوش، لوئیزا^۲ و ورهيوئل، ۲۰۰۷). همان‌طور که پژوهشگرانی نظیر ورهيوئل بیان می‌کنند، در سوء مصرف نباید به دنبال اختلال شخصیتی پیش‌بین گشت. بلکه براساس الگوی استرس - آسیب - پذیرش رفتاری، ویژگی‌ها و خصیصه‌های شخصیتی این افراد است که آن‌ها را مستعد مصرف یا تداوم مصرف می‌کند.

نتایج بیان شده نشان می‌دهند تفاوت طرح‌واره‌های افراد وابسته به مواد شبه افیونی نسبت به افراد بهنجار معنی‌دار است. جدای از این که این تفاوت در میانگین همهٔ طرح‌واره‌ها بیشتر از افراد بهنجار بود، برخی از طرح‌واره‌ها تفاوت مشهودتری داشتند. بالا بودن کلی میانگین‌های طرح‌واره در این افراد وابسته به مواد نسبت به گروه بهنجار، مشابه نتایجی است که در پژوهش‌های دیگران نظیر غیائی (۱۳۸۸) و لطفی، دنیوی و خسروی (۱۳۸۶) به دست آمده است. در پژوهش دکوولیر و همکاران (۲۰۰۲)، به نقل از ریزو، (۲۰۰۷) نیز که در مورد افراد وابسته به الکل انجام شد میانگین همهٔ طرح‌واره‌ها از افراد بهنجار بیشتر بود. البته در پژوهش‌های انجام شده اشاره‌ای به علل بالاتر بودن کلی نمره‌های این افراد در مجموع طرح‌واره‌ها نشده است. اما می‌توان استنباط کرد افرادی که دچار مشکلات مزمن و اختلال‌های روانی هستند، جدای از طرح‌واره‌هایی که در اختلال نقش محوری‌تری دارند، سبک رفتاری و واکنشی ناسازگارانه‌تری به محرک‌های درونی و بیرونی دارند. شاید این، مسئله‌ای ثانویه بر اختلال و افت عملکرد در حیطه‌های بین فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی افراد مبتلا باشد؛ و یا این که دید کلی افرادی که مشکلات مزمن دارند منفی‌نگر و بدبینانه است و از این رو در بیان مشکلات اغراق می‌کنند.

1. Verheul
2. Bosch & Louisa

نتایج نشان داد که پاسخ‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد، بیش از افراد بهنجار است. به ویژه طرح‌واره‌هایی که به انکار کردن هیجان‌ها و وضعیت ناخوشایند و دوری از آن، و دوری از دیگران مربوط می‌شود. فراوان‌ترین پاسخ‌های اجتنابی در افراد وابسته به سوء مصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی، انکار ناخوشی، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، فکر نکردن به طور عمد در مورد مسایل ناخوشایند، و گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم است. چنان که بال خاطر نشان می‌کند، پاسخ‌های اجتنابی از جمله عوامل مؤثر در سبب شناسی، تداوم و عود وابستگی به مواد است (به نقل از ریزو، ۲۰۰۷). در نظر بال، پاسخ‌های اجتنابی در مقابل هیجان‌های منفی و ناخوشایند از عوامل مهم در عود سوء مصرف مواد است. پاسخ‌های اجتنابی که مربوط به نادیده گرفتن هیجان‌ها هستند در نمونه پژوهشی حاضر نیز رایج بود. از این رو به نظر می‌رسد درمانگرانی که در حیطه اختلال‌های مربوط به مواد فعالیت می‌کنند، ضروری است برای جلوگیری از عود و مصرف مجدد مواد، جدای از درمان‌های دارویی و سم‌زدایی و درمان‌هایی که وابستگی‌های مصرف را مدت نظر دارند، به پاسخ‌های اجتنابی درمانجویان نیز توجه خاص داشته باشند.

زیاد بودن پاسخ‌های اجتنابی در این افراد، با نظر ورهیونل (۲۰۰۱) در مورد «مسیر کاهش استرس» نیز شباهت‌هایی دارد. براساس نظر وی، یکی از علل افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مصرف مواد، حساسیت بالا به استرس و استفاده از راهبردهای اجتنابی است که به منظور جلوگیری از رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا به کار گرفته می‌شوند. نادیده گرفتن و انکار هیجان‌های ناخوشایند موجب کاهش خودآگاهی از هیجان‌ها و انکار شرایط موجود می‌شود. این مسئله از جهات مختلفی می‌تواند در این اختلال تأثیر داشته باشد. برای مثال، انکار ضمنی مشکلات و اجتناب از رویارویی با واقعیت‌های موجود و نادیده گرفتن آن‌ها، به‌رغم این که مانند هر پاسخ اجتنابی دیگری موجب تخفیف پریشانی فرد به صورت موقتی می‌شود، اما راه کاری نیست که در طولانی مدت مفید و سازگار باشد، بلکه در طولانی مدت می‌تواند موجب افزایش مشکلات شود. زیرا پاسخ‌های اجتنابی، هرچه بیشتر فرد را از واقعیت درونی و بیرونی و کسب درک و دریافت پس‌خوراند درست و مبتنی بر واقعیت دورسازد امکان اقدام درست و به جا و مؤثر نیز بیشتر از دست می‌رود. از طرف دیگر، رویارویی با واقعیت (درونی و بیرونی) یکی از گام‌های اساسی در هر شیوه درمانگری است. پاسخ‌های اجتنابی که عواطف و هیجان‌ها را انکار می‌کنند، می‌توانند موجب جلوگیری از بروز و تجربه هیجان‌های ناخوشایند ناشی از طرح‌واره‌های غالب شوند و این روند نادرست، هم درمانگر و فرد مبتلا را بیش از پیش از مسئله ریشه‌ای دور می‌کند که همان طرح‌واره‌هایی هستند که زمینه‌ساز اختلال یا موجب تداوم آنند. بال (به نقل از ریزو، ۲۰۰۷) بیان می‌دارد اتکای زیاد به انکار و استفاده زیاد از رفتار اجتنابی در مقابله با عواطف و

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

تعارض‌های ناشی از فعال شدن طرح‌واره، به‌ویژه برای مقابله طرح‌واره‌های حوزه طرد/بریدگی، و عملکرد و خودمختاری مختل، از علل شکست در درمان اختلال وابستگی به مواد است. اسفتان هالند نیز اجتناب از هیجان‌ها را یکی از جنبه‌های مهم اختلال‌های روان‌شناختی می‌داند که می‌تواند بر روند درمانگری تأثیر بگذارد. به اعتقاد وی، اجتناب از هیجان‌ها موجب می‌شود دسترسی به افکار و هیجان‌ها که از مفروضه‌های مهم درمانگری‌های شناختی- رفتاری است مشکل شود. از طرفی این اجتناب‌ها اغلب به وسیله رفتارها ناکارآمد انجام شده و در نتیجه پیامدهای منفی دارد و همچنین فرد را از فواید انطباقی هیجان‌ها محروم می‌کند (به نقل از بک، فریمن، لیپی، گلوهوسکی، هالند و جلالی مک کلووسکی، ۱۳۸۸).

از جمله پاسخ‌های رایج در نمونه پژوهشی، پاسخ اجتنابی دوری‌گزینی و کناره‌گیری از مردم بود. این نتیجه پژوهشی همسو با نظر بال است مبنی بر این که پاسخ اجتنابی کناره‌گیری اجتماعی در افراد وابسته به مواد زیاد است (به نقل از ریزو، ۲۰۰۷). فراوانی کناره‌گیری اجتماعی در این افراد می‌تواند ثانویه بر اختلال آن‌ها و ناشی از این باشد که دید اجتماعی و فرهنگی جامعه درباره این افراد منفی است و احتمالاً موجب طرد این افراد می‌شود. از طرفی خود این مسئله می‌تواند موجب تداوم اختلال شده و چرخه معیوبی را به وجود آورد که موجب مشکلات جدی در پیشبرد درمان و ترک گردد. اهمیت این موضوع از آن‌جا بیشتر مشخص می‌شود که براساس نتایج پژوهش حاضر، این افراد در طرح‌واره‌های مربوط به حیطة بریدگی و طرد بیشترین ناسازگاری را نشان داده‌اند و فراوان‌ترین طرح‌واره در این افراد، رهاشدگی/بی‌ثباتی است. این مسئله، هم از جهت درمانی و هم از جهت درک فرآیند وابستگی به مواد مهم است. در واقع وجود پاسخ‌های اجتنابی کناره‌گیری اجتماعی در این افراد، می‌تواند موجب تقویت طرح‌واره‌های حیطة بریدگی و طرد شود؛ و از طرفی حمایت‌های اجتماعی را که در پیش آگهی درمانی هر اختلالی می‌تواند مهم باشد کمرنگ می‌سازد. به عنوان مثال کارول^۱ (۱۳۸۱) حمایت اجتماعی را که فرد از افراد مهم زندگی‌اش دریافت می‌کند بخشی از درمان رفتاری- شناختی برای درمان وابستگی به مواد می‌داند که می‌تواند در پیشرفت درمان و تداوم ترک کمک کننده باشد. انجام مداخلات لازم در زمینه پاسخ اجتنابی کناره‌گیری در این افراد، هم در زمینه فرآیند کلی درمانی- به لحاظ فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی بیشتر- و هم در زمینه مقابله با طرح‌واره این افراد می‌تواند مؤثر باشد.

البته براساس نظریه یانگ (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶)، طرح‌واره ناسازگار الگویی است که در فرآیند رشد فرد کسب شده است و فراوان بودن این طرح‌واره‌ها، ناشی از اختلال وابستگی به مواد

1. Carrol

نیست. بلکه طرح‌واره در تعامل با عوامل دیگر در سبب‌شناسی سوء مصرف، نقش ایفا می‌کند و همچنین ممکن است در تعامل با شرایط ناشی از سوء مصرف، تقویت شود. صرف‌نظر از این دید علی‌نگر، در نظر گرفتن طرح‌واره‌های ناسازگار در طرح‌ریزی برنامه درمان، هم به تعیین بهتر آماج‌های درمانی و هم به بهبود نتایج کمک خواهد کرد. از این رو و براساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران برای انجام مداخله‌های بهتر در درمان سوء مصرف به طرح‌واره‌های غالب این اختلال توجه داشته باشند. تغییر طرح‌واره‌ها می‌تواند یکی از اهداف درمانگری باشد. الگوی طرح‌واره‌های غالب که در این پژوهش شناسایی شد به درمانگران، دیدگاهی اولیه از آن‌چه در طرح‌ریزی و مداخله درمانی با آن روبه‌رو خواهند شد می‌دهد. از طرف دیگر، هر گونه تفاوت عمده در الگوی طرح‌واره‌های غالب بیمار نسبت به الگوی به‌دست آمده در پژوهش، ممکن است به صورت بالقوه بیانگر سیر سبب‌شناختی متفاوت و منحصر به فرد در بیمار باشد و احتمالاً بررسی عمیق‌تر و ارزیابی‌های جامع‌تری را می‌طلبد.

همچنین، از آن‌جایی که چند طرح‌واره غالب شناسایی شد، طرح‌ریزی برنامه درمانی برای هر فرد، می‌بایست به صورت ویژه و اختصاصی انجام شود. زیرا الگوی کلی طرح‌واره‌ها در هر فرد متفاوت از دیگری بوده و این الگوی طرح‌واره‌ای در ارتباط با پاسخ‌های اجتنابی، می‌تواند شرایط ویژه و اختصاصی برای هر فرد پدید آورد. همچنین نتایج پژوهش‌ها، نیاز به توجه خاص به رفتارهای اجتنابی را در درمان سوء مصرف مورد تأکید قرار می‌دهند. حتی به خود سوء مصرف نیز می‌توان به عنوان یک رفتار اجتنابی نگریست که از سبک اجتنابی کلی فرد خبر می‌دهد. همان‌طور که ذکر شد، از آن‌جایی که رفتارهای اجتنابی، رویه‌هایی ناسازگار برای رویارویی به مشکلاتند، مداخله در این رفتارها، به خودی خود یک آماج مناسب درمانی است و از آن‌جایی که سبک‌های مقابله‌ای موجب تقویت طرح‌واره‌های ناسازگار می‌شوند، مداخله درمانی در این رفتارها، می‌تواند به تغییر طرح‌واره‌ها نیز کمک کند.

منابع

- احسان منش، مجتبی، و کیسمی، عیسی. (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. *اندیشه و رفتار*. ۳ (۶۸): ۶۸-۷۸.
- بک، آرون، بک، جودیت، فریمن، آرتور، لیهی، رابرت، گلووسکی، مگ، هالند، استفان، جلالی مک کلووسکی، رویا. (۱۳۸۸). *چالش‌های شناخت درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور. تهران: انتشارات ارجمند.

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به ...

بک، ارون، راست، فرد، نیومن، کوری، و لیس، بروس. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*، آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد. ترجمه محمدعلی گودرزی. شیراز: انتشارات رهگشا.

دباغی، پرویز، اصغرزادفرید، علی‌اصغر، عاطف وحید، محمدکاظم، و بوالهری، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. *اندیشه و رفتار*. ۴ (۵۱): ۳۶۶-۳۷۵.

روزنپان، دیوید، و سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی ناهنجاری آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران.

سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۸). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: نشر شهرآب.

صلواتی، مژگان. (۱۳۸۶). *طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

صیادی اناری، احمد رضا، اسماعیلی، علی، ناظر، محمد، و خالقی، عزت‌اله. (۱۳۸۱). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران وابسته به مواد افیونی موفق در ترک مراجعه‌کننده به واحد سرپایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *اندیشه و رفتار*. ۱ (۲۹): ۳۸-۲۹.

طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۴). *بررسی برخی از نظریه‌ها در زمینه مصرف مواد*. تهران: نشر طرح و نقش.

غیاثی، مهناز. (۱۳۸۸). *هنجاریایی، پایایی و روایی پرسشنامه طرح‌واره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) دردوگروه افراد دارای اختلال روانی و بهنجار در شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

کارول، کاتلین. (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد*. ترجمه عباس پوررودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.

لطفی، راضیه، دنیوی، وحید، و خسروی، زهره. (۱۳۸۶). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلال‌های شخصیت و سربازان سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*. ۲ (۱۸): ۱۲۶۶-۱۲۶۱.

یانگ، جفری، کلسکو، ژانت، و ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). *طرح‌واره درمانی*، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.

Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43: 337-342.

Bosch, V. D., Louisa, M. C., & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 1(20): 67-71.

- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Ekhtiari, H., & Jillson, I. (2008). Prevalence of Opioid Abuse in Iran. *Quarterly Journal of Addiction*, 10: 123-126.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotic addicts. *Substance Use & Misuse*, 16: 273-282.
- Kay, J., & Tasman, A. (2006). *Essentials of Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Magnavita, J. J. (2004). *Handbook of personality disorders: theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Mokri, A. (2002). Brief Overview of the Status of Drug Abuse in Iran. *Arch Iranian Med*, 5: 184-190.
- Rees, C. D., & Wilborn, B. L. (1983). Correlates of drug abuse in adolescent : a comparison of families of drug abusers with families of non-drug abusers. *Journal of youth and adolescence*, 12: 314-351.
- Riso, P. L. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15: 253-272.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16: 274-282.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire - Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4): 519-530.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی