

بررسی وضعیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین مردان ۲۰ تا ۴۵ سال معتاد و غیرمعتاد شهر قم

مونا فدایی^۱، احمد ترابی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، ایران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین مردان ۲۰ تا ۴۵ سال معتاد و غیرمعتاد شهر قم انجام گرفته است. ابزاری که جهت گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه YSQ-SF) است. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون t مستقل استفاده شده است. نتایج پژوهش، تفاوت معناداری (۰/۰۱) را بین گروه وابسته به مواد مخدر (معتاد) و غیروابسته نشان داد. میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد به‌طور معنی‌داری از میانگین نمرات افراد عادی بالاتر بود. به بیان دیگر، مردان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با مردان غیروابسته (غیرمعتاد) به میزان بالاتری دارای باورهای هسته‌ای ناسالم و بنیان‌های شناختی ناسازگار می‌باشند. این اختلاف بیش از همه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل: رهاشدگی، بی‌اعتمادی، بدرفتاری، نقص و شرم، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، دیده شد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معتاد (وابستگی به مواد مخدر)، غیرمعتاد (عدم وابستگی به مواد مخدر)

مقدمه و بیان مساله

طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن جای گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (رضوی، سلطانی‌نژاد، رفیعی، ۱۳۸۵). این طرحواره‌ها باعث ایجاد بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، و سوء مصرف مواد در افراد می‌شوند (رضوی، سلطانی‌نژاد، رفیعی، ۱۳۸۵). طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم‌اکنون به گونه‌ای نظامند، اما ناکارآمد زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند. ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرحواره‌ها هستند (بک^۲ و همکاران، ۱۹۹۰). طرحواره‌ها در رویارویی با محرک جدید برپایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند. و بدین ترتیب بر نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند (بک، ۱۹۶۷). یانگ^۳ (۲۰۰۳) آن دسته از طرحواره‌هایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌نامد. این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

به عقیده ژان پیاژه ساختارهای روان‌شناختی خاص شیوه‌های سازمان‌یافته معنی‌دادن به تجربه به نام طرحواره با افزایش سن تغییر می‌کنند (برک، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۸). در نظر پیاژه، دو فرایند انطباق و سازمان‌دهی، تغییرات طرحواره‌ها را توجیه می‌کنند (برک، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۸). انطباق از نظر پیاژه مستلزم ساختن طرحواره‌ها از طریق تعامل مستقیم با محیط است، انطباق از دو فعالیت مکمل تشکیل می‌گردد. درون‌سازی و برون‌سازی. هنگام درون‌سازی، از طرحواره‌های فعلی خود برای تعبیر کردن دنیای بیرونی استفاده می‌کنیم. برون‌سازی، بعد از اینکه متوجه می‌شویم که شیوه جاری تفکر ما کاملاً با محیط متناسب نیست، طرحواره‌های جدیدی را به وجود آورده یا طرحواره‌های قدیمی را تنظیم می‌کنیم (برک، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۸). طرحواره‌ها از طریق سازماندهی نیز تغییر می‌کنند، فرایندی که به صورت درونی، جدا از تماس مستقیم با محیط صورت می‌گیرد، بعد از اینکه کودک طرحواره‌های جدید را تشکیل می‌دهند، در آنها تجدیدنظر می‌کنند، و برای به وجود آوردن نظام نظام‌شناختی بسیار منسجم، آنها را به طرحواره دیگر مرتبط می‌کنند (کرینگ، دیوسیون، نیل، جانسون، ترجمه‌ی شمس‌پور، ۱۳۹۲). در حوزه رشد شناختی طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند، طرحواره به عنوان یک نقشه‌ی انتزاعی شناختی، راهنمای تغییر اطلاعات و حل مسئله است (یانگ، ۲۰۰۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (یانگ، ۲۰۰۹). و یانگ و همکاران (۲۰۰۳) ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را که در پنج گروه سازمان‌یافته‌اند مطرح نمود: گروه اول (بریدگی / طرد) شامل زیرمجموعه‌های محرومیت هیجانی (ED)، رهاشدگی / بی‌ثباتی (AB)، بی‌اعتمادی / بدرفتاری (MD)، انزوای اجتماعی / بیگانگی (SI)، نقص / شرم (DS)؛ گروه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) شامل شکست، وابستگی / بی‌کفایتی (DI)، آسیب‌پذیری نسبت به زیان یا بیماری (VH)، خود تحول‌نا یافته / گرفتار (EM)؛ گروه سوم (محدودیت‌های مختل) شامل استحقاق / بزرگی منشی

1 Early maladaptive schema

2 Beck

3 Young

(ET) و خویشتن‌داری / خود انضباطی ناکافی (IS)؛ گروه چهارم (دیگر جمعیت‌مندی) شامل تمرکز افراطی بر نیازها، تمایلات و احساسات دیگران، اطاعت (SB) و از خودگذشتگی (SS)؛ گروه پنجم (گوش به زنگی بی از حد و بازداری) شامل بازداری هیجانی (EI) و معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی (US) است. از آن‌جا که طحواره‌ها هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهند اگر دارای محتوای ناسازگار باشد افراد را نسبت به گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳). بررسی‌های چندی که در این زمینه انجام شده، نشان می‌دهند که طحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی هم‌چون اختلالات شخصیت^۱، افسردگی مزمن^۲، روابط اعتیادگونه، تجاوزگری جنسی و اختلال‌های اضطرابی^۳ نقش دارند (یانگ، و همکاران ۲۰۰۳؛ ماسون و همکاران، ۲۰۰۵).

اعتیاد^۴ مصرف مکرر و زیاد یک ماده است که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می‌شود و موجب تباهی جسمی و روانی می‌گردد (رضوی، سلطانی‌نژاد، رفیعی، ۱۳۸۵). این اصلاح امروزه جای خود را به واژه وابستگی^۵ داده است که به صورت مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی تعریف می‌شود.

در کتاب راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSMIV) اختلالات وابسته به مواد در چهارگروه زیر مورد بررسی و دقت قرار گرفته است: ۱- اختلال وابستگی به مواد^۲ - سوء مصرف^۶ مواد^۳ - مسمومیت با مواد^۴ - ترک مواد مخدر (لطفی و وزیری، ۱۳۸۹). در پژوهشی که توسط (رضوی، سلطانی‌نژاد، رفیعی، ۱۳۸۵) در شهر کرمان صورت گرفت، نتایج حاصل از این پژوهش میانگین طحواره‌های ناسازگار افراد معتاد به‌طور کاملاً معنی‌داری بالاتر از افراد غیرمعتاد بود. این مسأله نشان می‌دهد که افراد معتاد آسیب‌های روانی و شخصیتی به مراتب بیشتری نسبت به افراد غیرمعتاد دارند. این تفاوت‌ها در طحواره‌های ناسازگار محرومیت هیجانی، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی و رهاشدگی بیشتر از سایر طحواره‌ها بود. با توجه به اهمیت نقش طحواره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط معنادار آن با اختلالات روان‌شناختی و وابستگی به مواد مخدر کوشش شدتاً پژوهشی جامع‌تر تحت این عنوان صورت بگیرد.

بسیاری از پژوهشگران دیگر نیز در جستجوی پاسخ به سؤال این تحقیق بوده‌اند که به راستی چه ارتباطی بین طحواره‌های ناسازگار اولیه در بین افراد وابسته به مواد مخدر غیروابسته وجود دارد؟ و چه عواملی در این زمینه دخالت دارند؟ بنابراین پژوهش جاری به ریشه‌یابی عوامل مؤثر در زمینه‌های مذکور می‌پردازد.

روش پژوهش

در این پژوهش جامعه مد نظر کلیه مردان ۲۰ تا ۴۵ سال وابسته به مواد افیونی شهر قم هستند که به دو گروه تقسیم شدند که ۵۰ نفر از آنها وابسته به مواد مخدر بود و ۵۰ نفر دیگر افرادی بودند که غیروابسته به مواد بودند و هیچ‌گونه

1 Personality disorders
2 Chronic depression
3 Anxiety disorders
4 Addiction
5 dependence
6 Abuse

اعتیادی به مواد مخدر نداشتند روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی ساده بود و نمونه‌ی غیروابسته به مواد سعی شد وابستگان و خویشاوندان افراد وابسته به مواد باشند که به لحاظ جنسیت، فرهنگ، طبقه‌ی اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی با گروه نمونه‌ی وابسته به مواد معادل باشند انتخاب گردد. تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، و آزمون t مستقل استفاده شده است. همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS-19 انجام گرفته است.

پرسشنامه تحقیق (YSQ-SF): این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و براساس یافته‌های اشمیت^۱ (۱۹۹۵) پانزده طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول‌نا یافته و گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری عاطفی، معیارهای نامربوط، استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، شکست (حمیدپور و اندوز^۲، ۲۰۰۲). این پرسشنامه به وسیله یانگ و براون (۱۹۹۴) طراحی شد؛ فرم اولیه، دارای ۲۰۵ آیتم بود (حمیدپور و اندوز، ۲۰۰۹). به گفته ولبرن و همکاران (۲۰۰۲) بمنظور ساختن آزمونی کوتاه‌تر، این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ طراحی شد. هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس کیلرت ۵ نقطه‌ای از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» تا «دقیقاً مرا توصیف می‌کند» نمره گذاری می‌شود.

نمره فرد در طرحواره با جمع نمره‌های پنج سؤال مربوط به آن طرحواره بدست می‌آید که دامنه آن در هر طرحواره از ۵ تا ۲۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده حضور پررنگ طرحواره ناکارآمد است (حمیدپور و اندوز ۲۰۰۹).

همچنین روایی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ نیز به وسیله صدوقی و همکاران مورد بررسی قرار گرفته و میزان آن حدود ۸۷ درصد برآورده شده است (رضوی، سلطانی‌نژاد، رفیعی، ۱۳۹۰).

روایی همزمان پرسشنامه و طرحواره را از راه بررسی رابطه آزمون طرحواره‌ها با آزمون باورهای غیرمنطقی (IBT)، بررسی شد که همبستگی حاصله ۰/۳۶ و معنی‌دار بود (فاتحی‌زاده و عباسیان، ۲۰۰۳). همچنین روایی صوری پرسشنامه به وسیله ۱۲ نفر از اساتید دانشگاه اصفهان تأیید شده است (فاتحی‌زاده و عباسیان، ۲۰۰۳).

در مطالعه ولبرن، کوریستین، داگ، پونت فرکت و جوردن (۲۰۰۲) تمامی خرده مقیاس‌های ۱۵ گانه فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره از همسانی درونی کافی تا بسیار خوب برخوردار بودند. آلفای کرونباخ تمامی رفرنس طرحواره‌ها از (۰/۷۶ تا ۰/۹۳) محاسبه شد. همچنین پایایی فرم کوتاه پرسشنامه به روش باز آزمایی ۰/۶۴ محاسبه گردید (فاتحی‌زاده و عباسیان، ۲۰۰۳).

وابسته به مواد مخدر: کسانی که به یکی از مواد افیونی مثل تریاک، هروئین و مورفین بنا به تشخیص روانپزشک بر اساس معیارهای DSM-IV وابسته به مواد مخدر تشخیص داده می‌شود.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۱۰۰ نفر از مردان وابسته به مواد مخدر و غیروابسته در شهر قم به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس که همگی متأهل بودند و از سن ۲۰ تا ۴۵ سال بودند شرکت داشتند. نیمی از این مردان (۵۰ نفر) به مواد مخدر وابسته بودند و نیمی دیگر (۵۰ نفر) هیچ‌گونه وابستگی به مواد مخدر نداشتند. در این بخش به بررسی فرضیه‌های تحقیق می‌پردازیم.

- بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین مردان وابسته به مواد مخدر و مردان غیروابسته تفاوت وجود دارد.

جدول ۱- مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین مردان وابسته به مواد مخدر و غیروابسته

سطح معنی داری	T	درجه آزادی	شاخصه‌ها متغیر
۰/۰۰۱	۷/۸۳	۹۸	طرحواره محرومیت هیجانی
۰/۰۰۱	۱۰/۳۱	۹۸	طرحواره رها شدگی
۰/۰۰۱	۱۰/۱۳	98	طرحواره بی اعتمادی/ بد رفتاری
۰/۰۰۱	۱۰/۹۲	۹۸	طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی
۰/۰۰۱	۷/۱۳	۹۸	طرحواره نقص / شرم
۰/۰۰۱	۹/۷۲	۹۸	طرحواره شکست
۰/۰۰۱	۹/۴۰	۹۸	طرحواره وابستگی/بی کفایتی
۰/۰۰۱	۷/۸۹	۹۸	طرحواره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری
۰/۰۰۱	۸/۲۱	۹۸	طرحواره گرفتار
۰/۰۰۱	۹/۰۲	۹۸	طرحواره اطاعت
۰/۰۰۱	۵/۴۴	۹۸	طرحواره ایثار
۰/۰۰۱	۹/۱۸	۹۸	طرحواره بازداری هیجانی
۰/۰۰۱	۴/۳۶	۹۸	طرحواره معیارهای سرسختانه
۰/۰۰۱	۵/۸۲	۹۸	طرحواره استحقاق
۰/۰۰۱	۹/۲۸	۹۸	طرحواره خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره محرومیت هیجانی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۷/۸۳$ در سطح $t = ۰/۰۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره محرومیت هیجانی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره رها شدگی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۱۰/۳۱$ در سطح $t = ۰/۰۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره رها شدگی در رابطه زناشویی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره بی اعتمادی/ بد رفتاری بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۱۰/۱۳$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره بی اعتمادی/ بد رفتاری افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۱۰/۹۲$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره نقص / شرم بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۷/۱۳$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره نقص / شرم افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره شکست بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۹/۷۲$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره شکست افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره وابستگی/بی کفایتی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۹/۴۰$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره وابستگی/بی کفایتی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۷/۸۹$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره گرفتار بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۸/۲۱$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره گرفتار افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره اطاعت بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۹/۰۲$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره اطاعت افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره ایثار بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۵/۴۴$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره ایثار افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طرحواره بازداري هیجانی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۹/۱۸$ در سطح $t = ۰/۱$ تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طرحواره بازداري هیجانی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طحواره معیارهای سرسختانه بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۴/۳۶$ در سطح ۰/۱ / تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طحواره معیارهای سرسختانه افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طحواره استحقاق بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۵/۸۲$ در سطح ۰/۱ / تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طحواره استحقاق افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، طحواره خویشتن داری / خودانضباطی ناکافی بین افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد با درجه آزادی ۹۸ و $t = ۹/۲۸$ در سطح ۰/۱ / تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی میزان طحواره خویشتن داری / خودانضباطی ناکافی افراد دچار مصرف مواد و افراد بدون مصرف مواد متفاوت می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

بین طحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیروابسته تفاوت وجود دارد این فرضیه در سطح ۰/۱ کاملاً معنی‌دار و تأیید شد. در پژوهشی که رضوی، سلطانی نژاد و رفیعی با عنوان مقایسه طحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان معتاد و غیرمعتاد بالای ۲۰ سال شهر کرمان روی یک نمونه ۲۰۵ نفری (۹۶ مرد معتاد و ۱۰۹ غیرمعتاد) انجام گرفت، یافته‌های بدست آمده تفاوت معنی‌داری میان طحواره‌های دو گروه معتاد و غیرمعتاد نشان داد. بخشی از این یافته‌ها با یافته‌های بدست آمده از پژوهش (استنفز ۲۰۱۱) همخوان است و شامل طحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، ره‌اشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، نقص / شرم و انزوای اجتماعی) می‌باشد. در پژوهش حاضر علاوه بر طحواره‌هایی که در پژوهش (استنفز ۲۰۱۱) در مردان مبتلا به اعتیاد معنی‌دار شدند؛ طحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل (استحقاق / بزرگ‌منشی، خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی (اطاعت، ایثار ریال‌پذیرش جویی / جلب توجه) و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، تنبیه) نیز معنی‌دار شدند.

براساس پژوهش حاضر رابطه بین طحواره‌های ناسازگار اولیه (هر ۱۵ طحواره) و وابستگی به مواد مخدر به وضوح به چشم می‌خورد. در واقع افراد وابسته به مواد مخدر (مصرف‌کننده مواد) بین طحواره‌های ناسازگار اولیه و اعتیادشان یک رابطه کاملاً معناداری وجود دارد

می‌توان چنین نتیجه گرفت: افرادی که دارای طحواره‌های حوزه بریدگی و طرد می‌باشند، نیازشان به امنیت، ثبات، همدلی، محبت، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء نمی‌شود. این طحواره‌ها به گونه معمول در خانواده‌هایی بوجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیر قابل پیش‌بینی یا بد رفتار هستند). افراد مبتلا به وابستگی به مواد مخدر افیونی به دلیل ارضاء نشدن نیازشان به همدلی، محبت، امنیت، پذیرش و... دچار کمبودهای عاطفی گهگاه شدیدی شده، شروع به برقراری روابط عاشقانه بیمارگون می‌کنند. افرادی که طحواره ره‌اشدگی / بی‌ثباتی دارند، احساس می‌کنند که افراد مهم زندگی‌شان نمی‌

توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به آنها بدهند، زیرا این افراد از لحاظ هیجانی، بی ثبات و اعتماد ناپذیرند و بر این باورند که هر لحظه ممکن است افراد مهم زندگیشان بمیرند، یا این که آنها را رها کنند و به فرد دیگری علاقه مند شوند و این دقیقاً همان چیزی است که افراد مبتلا وابستگی به مواد مخدر افیونی دارند. این افراد که وارد یک ارتباط عاطفی یا جنسی می‌شوند شدیداً به فرد مقابلشان وابسته می‌شوند. افرادی که طرحواره بی اعتمادی/بدرفتاری دارند، احساس می‌کنند که دیگران به آنها ضربه می‌زنند و حق آنها را می‌خورند. افرادی که طرحواره محرومیت هیجانی دارند، تمایلات و نیازهایشان به حمایت عاطفی به اندازه کافی از جانب دیگران ارضاء نمی‌شود. آنها دچار فقدان توجه و عطف، درک نشدن و نداشتن منبع حمایتی می‌باشند. به همین دلیل افراد مبتلا به وابستگی به مواد مخدر افیونی جبران این کمبود محبت و توجه و هم چنین برای بدست آوردن حمایت، وارد هر گونه رابطه عاطفی یا جنسی می‌شوند و برای این که این رابطه را از دست ندهند، تن به هر کاری می‌دهند. این افراد خود را بی ارزش و حقیر می‌دانند چرا که بی آن که برای خود ارزشی قائل باشند تن به هر گونه رابطه ای خواهند داد.

افرادی که طرحواره نقص/شرم دارند، خود را حقیر و بی ارزش و ناقص می‌دانند و حساسیت شدید نسبت به انتقاد، طرد شدن و سرزنش دارند. افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی دارند، احساس کناره گیری و بیگانگی از دنیا دارند.

می‌توان چنین نتیجه گرفت که: این افراد نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره خود را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران انجام بدهند و در واقع دچار درماندگی می‌شوند. افراد مبتلا به اعتیاد به دلیل این که در حل مسائل روزمره نیز مشکل دارند، این مسئله می‌تواند یکی از نیازهایی باشد که آنها را به دیگران وابسته کند، یعنی این که حتی برای حل مسائل روزمره‌شان نیز، نیاز به یک تکیه گاه ایمن دارند. افراد مبتلا به مصرف مواد دچار ترس افراطی از اینکه یک فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد، می‌باشند. افراد وابستگی به مواد مخدر، انتظاراتی را که از خود و محیط دارند با توانایی‌های محسوس آنها برای جدایی، بقاء، و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز کارها تداخل دارد. (بک، ۱۹۷۶) و بک و همکاران (۱۹۷۸)، در فرمول‌بندی اولیه خود درباره آسیب‌شناسی این نکته را مطرح کردند که هر اختلال با طرحواره و الگوهای عادت گونه فکری همراه است که تا حدودی کلی هستند. همین طرحواره‌ها و الگوی فکری، شاخصه آسیب‌پذیری فرد بشمار می‌شوند (رضایی‌نسب، عباسی، نظیری، برزگر، ۱۳۹۲).

به باور (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز می‌گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند. هم‌چنین، آسیب‌شناسی روانی هر فرد می‌تواند، بازتاب طرحواره‌های ناسالم وی باشد (رضایی‌نسب، عباسی، نظیری، برزگر، ۱۳۹۲).

اساساً طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند، این سوگیری‌ها در آسیب‌شناختی روانی به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیرواقعی‌بینانه در افراد نسبت به معشوق یا همسر خود پدید می‌آیند و این سوء برداشت‌ها بر ادراک و ارزیابی‌های بعدی (رابطه آنها در آینده) تأثیر می‌گذارد زیرا طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم دارند و بر چگونگی رابطه‌ی فرد با خود و دیگران (به‌ویژه شریک زندگی و فرد مورد علاقه) تأثیر دارند. از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار ناکارآمد هستند، ناخشنودی در روابط را در پی دارند. لذا، نتایج این پژوهش با نظریه‌ی و گفته‌های بک و یانگ همخوان می‌باشند.

منابع

- ۱- برک، لورا. (۱۳۸۳). روان‌شناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). نشر روان.
- ۲- رضایی‌نصب، فرشته، عباسی، ایمان، نظیری، قاسم، برزگر، مجید. (۱۳۹۲). تعیین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به روابط اعتیاد گونه. فصل‌نامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال چهارم، شماره ۲.
- ۳- رضوی، ویدا. سلطانی‌نژاد، علی. رفیعی، افسون (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین مردان معتاد و غیرمعتاد بالای ۲۰ سال شهر کرمان. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. با کد: ۰۲۱۲۰۷۰۶۸۷۲۰۱۵.
- ۴- سرمد، زهره. بازرگان، عباس. حجازی، الهه. (۱۳۷۹). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه. ویرایش سوم.
- ۵- شولتز، سیدنی. (۱۳۸۶). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ویرایش. ویرایش ششم.
- ۶- کرینگ، ا.ام.، دیویسیون، جی.سی.، نیل، جی.ام.، و جانسون، اس.ال. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی. (ترجمه حمید شمسی‌پور). تهران: انتشارات ارجمند. ویرایش دهم.
- ۷- لطفی، فرح. وزیری، شهرام. (۱۳۸۹). روانشناسی مرضی. انتشارات ارسباران. ویرایش دوم.
- 8- Beck, A.t(1967).Depressionclinical, experimental,and the oretical aspects. New yourk: harper 8 row.
- 9- Strenberg, R. J. (2000). What`s your love story Journal of clinical Psychology. Vd. 53 (10). P: 1243-1254.
- 10- Strenberg, R. J., Hojjat, M., & Barnes, M. (2001). Empirical tests of aspects of a theory of love as a story. European Journal of Personality, 15, 1-20.
- 11- Young, J.E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2009). Schema therapy: Apractitioner`s guide. New York: Guilford Publication.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی