

## مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی

بهرام سهند<sup>۱</sup>، حسین زارع<sup>۲</sup>، لادن فتی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۶/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی در شهر تهران صورت گرفته است. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای است. به این منظور تعداد ۹۰ نفر از افراد معتاد ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی (سه گروه ۳۰ نفره) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ، پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه خصوصیات فردی پاسخ دادند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک طرفه، مجذور کا، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که از نظر حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه بین سه گروه مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد مداخلات درمانی با هدف تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه می‌تواند در افزایش میزان موفقیت معتادان ناموفق به ترک مواد افیونی موثر باشد. **کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، معتاد، مواد افیونی.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی. پست الکترونیکی: sahand\_bahram@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران

## مقدمه

مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن پدیده‌ای مزمن و عود کننده 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 و مشاهده جنبه‌های هولناک آن تاکنون نتوانسته به‌عنوان هشدار جدی بر اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی گردد (فرجاد، ۱۳۷۷).

امروزه بحران مواد مخدر از بحران‌های عمده جهانی است به‌طوری که سایه شومش روی تمامی جوامع انسانی افکنده است و مختص یک فرد، گروه و یا جامعه خاص نیست. این معضل از یک سو باعث از هم پاشیدگی خانواده‌ها و از سوی دیگر باعث افزایش روزافزون آمار جرم و جنایت می‌گردد.

امروزه آثار زیانبار تولید و مصرف مواد در ایران از قبیل وقوع ۵۰ درصدی جرایمی چون سرقت، اعمال منافی عفت عمومی و طلاق باعث می‌شود که هزینه‌های گزافی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم صرف مبارزه با عرضه، درمان و پیشگیری شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۳). بر این اساس، انتقال ۶۷٪ ویروس ایدز از طریق استفاده از سرنگ مشترک (سروستانی، ۱۳۸۳) و مرگ و میرماهانه ۱۰۰ نفر به دلیل مصرف مواد (آمارنامه ستاد مبارزه با مواد مخدر به نقل از شفیع، ۱۳۸۳) بر لزوم اهمیت ایجاد راهبردهای مناسب در جهت پیشگیری می‌افزاید. به همین دلیل علاوه بر ادامه‌ی سیاست‌های اعمال شده بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، راهبرد مقابله با عرضه در قالب مقابله‌ی همه جانبه با فروشندگان و توزیع کنندگان مواد مخدر از مردادماه ۱۳۵۹ و راهبرد کاهش تقاضا از سال ۱۳۷۰ (وزیربان، ۱۳۸۲) شاهد گسترش این راهبردها در هر دو بخش هستیم، در زمینه‌ی کاهش تقاضا نیز پیشرفت‌هایی داشته‌ایم که از آن جمله می‌توان به افزایش مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی ترک اعتیاد و انواع درمان‌های دارویی و غیردارویی اشاره کرد. اما متأسفانه علیرغم اقدامات فوق و صرف هزینه‌های هنگفت، چه از طرف دولت و چه از طرف افراد معتاد و خانواده‌هایشان، از یک طرف شاهد نرخ رشد اعتیاد (سالانه ۸ درصد) یعنی بیش از سه برابر نرخ رشد

جمعیت (سالانه ۲/۶ درصد)، طی ۲۰ سال اخیر هستیم (شفیعی، ۱۳۸۳) و از طرف دیگر اگر چه معتادان بسیاری را می‌توان یافت که تمایل به قطع مصرف مواد مخدر دارند و معمولاً دوره‌ی ترک جسمانی را با موفقیت پشت سر می‌گذارند، اما تلاش‌های مکرر آن‌ها برای قطع مصرف مواد مخدر به شکست می‌انجامد (معارف‌وند، ۱۳۸۱). در ایران میزان عود اعتیاد از ۳۸ درصد تا ۹۰ درصد گزارش شده است (نادری، ۱۳۸۳). در خصوص سبب شناختی اعتیاد و ترک ناموفق و موفق افراد معتاد عوامل مختلفی چون مسائل زیست‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطرح می‌باشد، اما به نظر می‌رسد پاسخ شخص به مواد افیونی به تلفیقی از این عوامل مربوط باشد. از بین تمامی عوامل تاثیرگذار بر پدیده اعتیاد، وجود خصیصه‌های خاص شخصیتی به عنوان عامل فردی را می‌توان نام برد که به نظر می‌رسد، حتی در صورت عدم مهیا بودن سایر زمینه‌ها و شرایط آسیب‌زا شخص را در گرداب هولناک اعتیاد گرفتار می‌نماید و نقش با اهمیتی را در تداوم مصرف مواد وی ایفا می‌کند. با توجه به اینکه سرانجام، اعتیاد در خود فرد است که به ظهور می‌رسد و بعد از مدتی، تعداد کثیری از معتادین 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 احتمالاً ریشه در سازه‌های پرقوام‌تر و دیرینه‌تری دارند. در این میان مورد، پژوهش‌های شده حاکی از رابطه اعتیاد با اختلالات شخصیتی (کوزولو و بازینا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ عصاریان، و همکاران، ۱۳۷۹)، مانند اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، خودشیفته، نمایشی و ... می‌باشد. شخصیت فرد به ساختار روانی او بستگی دارد و با توجه به برخی عوامل ساختاری ثابت که می‌توان آن‌ها را همچون طرح‌واره‌ها<sup>۲</sup> در نظر گرفت تعریف می‌شود. مفهوم طرح‌واره، اساس نظریه‌های شناختی درباره آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی را تشکیل می‌دهد (یانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

براساس نظریه یانگ (۱۹۹۰) رفتارهای ناسازگارانه در پاسخ به طرح‌واره ایجاد شده و سپس بعدها به وسیله طرح‌واره‌ها برانگیخته می‌شوند. یانگ معتقد است طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

1. Kozlov & Buzina

2. schemas

3. Young

عمیق‌ترین سطح شناخت می‌باشند (یانگ، ۱۹۹۹) و الگوی ثابت و درازمدتی‌اند که در دوران کودکی به‌وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی ادامه می‌یابند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). آن‌ها تا حد زیادی ناکارآمدند و نقش اولیه و پایه‌ای در تجارب بیماران داشته و بر فرآیند تجارب بعدی تاثیر می‌گذارند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر نحوه تفکر، احساس و عملکرد بیماران یا اینکه با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند نقشی اساسی دارند (یانگ، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۸۴). طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و شیوه‌های ناسازگارانه‌ای که بیماران برای مقابله با آن‌ها یاد می‌گیرند اغلب زیربنای علایم اختلالات مزمن محور یک همانند اختلالات سوءمصرف مواد، افسردگی، اضطراب و روان‌تنی هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به اثرگذاری عمیق و بسیار زیاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر فرآیندهای روانی و رفتاری به‌عنوان عوامل زیربنایی اختلالات روانی به‌ویژه در رابطه با اعتیاد از یک سو و تعداد بسیار اندک پژوهش‌های به‌عمل آمده در این حوزه از سوی دیگر این پژوهش به مقایسه حوزه‌های<sup>۱</sup> مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه در بین معتادان موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی می‌پردازد تا زوایای بیشتری از آن را آشکار ساخته و زمینه‌ای برای پژوهش‌های آتی و درمان اعتیاد با هدف تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معتادان باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش کلیه مردان ۲۰ تا ۵۵ ساله معتاد ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی در شهر تهران بود که حداقل یک‌بار سابقه ترک مواد افیونی داشتند و به مراکز درمان‌گذری<sup>۲</sup> بهروزان و شوش و مرکز اجتماع درمان

1. domains  
2. Drop In Center

مدار<sup>۱</sup> هجرت مراجعه کرده بودند. جمعیت غیربالینی نیز مردان ۲۰ تا ۵۵ ساله بودند که سابقه مصرف مواد افیونی و اختلالات روانی را نداشتند.

تعداد نمونه‌های این پژوهش ۹۰ نفر (سه گروه ۳۰ نفره)، در نظر گرفته شد. در این پژوهش انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گردید. افراد گروه موفق به ترک مواد افیونی از بین مراجعین مرکز اجتماع درمان مدار هجرت (۳۰ نفر) و افراد گروه ناموفق به ترک مواد افیونی از بین مراجعین مراکز درمان گذری بهروزان و شوش (۳۰ نفر) در شهر تهران بر اساس اطلاعات موجود در پرونده آن‌ها انتخاب گردیدند. افراد گروه جمعیت غیربالینی (۳۰ نفر) از بین داوطلبان شرکت در این طرح انتخاب شدند.

## ابزار

۱. پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ<sup>۲</sup>: این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که دارای ۲۳۲ آیتم جهت ارزیابی ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگارانه اولیه در ۵ حوزه مختلف طرح‌واره‌ای است. افراد خودشان را براساس این که کدام طرح‌واره‌ها وضعیت آنان را توصیف می‌کند، بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت ارزیابی می‌کنند (یانگ، و کلاسکو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). در شکل‌های قبلی پرسش‌نامه YSQ، سوالات مربوط به طرح‌واره‌ها به ترتیب گروه‌بندی می‌شدند که این از نظر روان‌سنجی بحث برانگیز بود. بنابراین برای رفع این محدودیت، یانگ و ویرایش جدیدی از پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ به نام YSQ-RE2R (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) را ایجاد نمود. در این ویرایش، طرح‌واره‌ها به صورت نامنظم و پراکنده در پرسش‌نامه ارائه شده‌اند. علاوه بر این، ویرایش اول پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ تنها ۱۶ طرح‌واره را اندازه می‌گرفت و ۲۰۵ آیتم داشت. در حالی که ویرایش جدید ۲۳۲ آیتم دارد و ۱۸ طرح‌واره را اندازه می‌گیرد. پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در ایران ترجمه شده و داده‌های هنجاری آن موجود است (فتی و موتابی، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ در مورد ۱۸

1. Therapeutic Community  
2. Young Schema Questionnaire  
3. Klosko

مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است. نتایج بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرح‌واره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسش‌نامه از اعتبار صوری مطلوبی برخوردار است (فتی و موتابی، ۱۳۸۵). پژوهش‌های متعددی نیز کارآیی آن را در تفکیک بیماران بر مبنای طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه نشان داده‌اند (سسرو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ والر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

۲. پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه وسیله‌ای برای غربال‌گری اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی بزرگسال است. پرسش‌نامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و همکاران ساخته شد. این پرسش‌نامه معمولاً به عنوان یک ابزار برای غربال‌گری سریع مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه سلامت عمومی مورد استفاده در این تحقیق فرم ۲۸ سوالی است و در چهار گروه ۷ تایی، علائم کلی افسردگی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و شکایت جسمی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس درجه‌بندی لیکرت (هر ماده از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی در سال ۱۳۷۴ توسط یعقوبی و پالاهنگک به فارسی ترجمه شد. این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. به این ترتیب که در افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهری و روستایی گیلان روی ۶۲۵ نفر اجرا شد. ضریب پایایی ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۰، ۰/۵۸ گزارش شده است (یعقوبی و پالاهنگک، ۱۳۷۴، به نقل از احمدیان، ۱۳۸۵).

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها در جداول ۱، ۲، و ۳ ارائه گردیده است.

1. Cecro  
2. Waller  
3. General Health Questionnaire

مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار ...

**جدول ۱: داده‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها**

سن و تحصیلات (به سال)							
گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	حداکثر
ناموفق <sup>۱</sup>	۳۴/۸۳	۶/۶۱۸	۲۶	۴۷	۱۱/۰۷	۱/۹۴۶	۸
موفق <sup>۲</sup>	۳۴/۶۷	۸/۶۳۶	۲۵	۵۵	۱۱/۶۳	۲/۹۳۰	۸
غیر بالینی	۳۲/۷۳	۶/۷۱۰	۲۳	۴۸	۱۱/۹۰	۲/۲۰۳	۸
کل	۳۴/۰۸	۷/۳۶۰	۲۳	۵۵	۱۱/۵۳	۲/۳۹۵	۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی و انحراف استاندارد گروه ناموفق به ترتیب ۳۴/۸ و (۶/۶۲) بوده در حالیکه میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های موفق و جمعیت غیر بالینی به ترتیب ۳۴/۷ (۸/۶) و ۳۲/۷ (۶/۷) است. برای بررسی هم‌تا بودن گروه‌ها در متغیر سن از آزمون تحلیل واریانس (جدول ۲) استفاده شد.

**جدول ۲: تحلیل واریانس برای بررسی میانگین سن گروه‌های مورد مقایسه**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
سن	بین گروهی	۸۱/۷۵۶	۲	۴۰/۸۷۸	۰/۷۵	۰/۴۷۵
	درون گروهی	۴۷۳۸/۷۰۰	۸۷	۵۴/۴۶۷		
	کل	۴۸۲۰/۴۵۶	۸۹			

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین میانگین سن گروه مورد مطالعه وجود نداشت ( $F=۰/۷۵$  &  $P>۰/۰۵$ ).

۱. گروه معتاد ناموفق به ترک مواد افیونی

۲. گروه معتاد موفق به ترک مواد افیونی

جدول ۳: فراوانی‌های مشاهده شده در بررسی سابقه مصرف مواد افیونی به تفکیک گروه

گروه	سابقه مصرف		جمع کل
	کمتر از ۱۲ ماه	بیش از ۱۲ ماه	
ناموفق	۴	۲۶	۳۰
موفق	۱	۲۹	۳۰
جمع کل	۵	۵۵	۶۰

نتایج آزمون مجذور خی برای تفاوت فراوانی به تفکیک گروه‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین فراوانی به تفکیک گروه وجود ندارد ( $\chi^2 = 3/164$  &  $P > 0/05$ ).

جدول ۴: داده‌های توصیفی گروه‌ها در حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه

گروه‌ها	ناموفق		موفق		غیربالینی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بریدگی و طرد	۲۲۶/۰۰	۴۵/۸۱۲	۱۸۶/۰۰	۶۶/۲۳۱	۱۳۶/۷۳	۳۱/۱۳۸
خودگردانی و عملکرد مختل	۱۴۸/۵۰	۲۸/۷۳۶	۱۱۶/۷۳	۴۳/۰۱۹	۹۲/۳۷	۲۲/۵۰۰
محدودیت‌های مختل	۸۲/۷۰	۱۸/۵۱۶	۷۴/۳۰	۲۵/۱۱۴	۵۹/۴۷	۱۶/۱۹۰
جهت‌گیری مبتنی بر دیگران	۱۴۱/۲۰	۲۳/۷۴۵	۱۱۹/۷۷	۳۶/۵۰۱	۱۰۸/۲۷	۲۵/۳۹۱
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱۷۱/۸۳	۳۳/۳۸۸	۱۵۹/۰۷	۴۱/۲۳۶	۱۳۳/۲۰	۲۹/۲۶۰

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه در پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، جهت‌گیری مبتنی بر دیگران، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری بر اساس پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ ارائه شده است.



مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار ...

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمرات حوزه بریدگی و طرد در سه گروه مورد مطالعه

حوزه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بریدگی و طرد	بین گروهی	۱۱۹۹۵۷/۴۲	۲	۵۹۹۷۸/۱۱	۲۴/۱۳۷	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۱۶۱۸۹/۸۷	۸۷	۲۴۸۴/۹۴۱		

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین سه گروه از نظر شدت حوزه بریدگی و طرد تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=24/137$  &  $P<0/001$ ). برای استنباط پیرامون این امر که دقیقاً بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد آزمون توکی انجام گرفت. نتایج آزمون توکی حکایت از آن داشت که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات گروه ناموفق و موفق می‌باشد. یعنی گروه ناموفق نمرات بالاتری به دست آورده‌اند. همچنین گروه موفق نمرات بالاتری در این حوزه در مقایسه با گروه غیربالینی داشته است. در نهایت اینکه گروه موفق نیز نمرات بالاتری نسبت به گروه غیربالینی به دست آورده‌اند.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمرات حوزه خودگردانی و عملکرد مختل در سه گروه مورد مطالعه

حوزه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودگردانی و عملکرد مختل	بین گروهی	۴۷۵۳۸/۰۷	۲	۲۳۷۶۹/۰۳۳	۲۲/۴۰۵	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۹۲۲۹۶/۳۳	۸۷	۱۰۶۰/۸۷۷		

همان گونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد ( $F=22/405$  &  $P<0/001$ ) بین سه گروه از نظر نمرات حوزه خودگردانی و عملکرد مختل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون توکی نیز نشان داد که گروه ناموفق در مقایسه با گروه موفق و غیربالینی نمرات بالاتری را در این حوزه گزارش نموده‌اند و گروه موفق نیز در مقایسه با گروه غیربالینی نمرات بالاتری به دست آورده‌اند.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمرات در حوزه محدودیت‌های مختل در سه گروه مورد مطالعه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	حوزه
۰/۰۰۱	۱۰/۰۸۰	۴۱۵۱/۸۷۸	۲	۸۳۰۳/۷۶	بین گروهی	محدودیت‌های مختل
		۴۱۱/۸۸۶	۸۷	۳۵۸۳۴/۰۷	درون گروهی	

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود ( $F=10/08$  &  $P<0/001$ ) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات حداقل بین دو گروه وجود دارد. نتایج آزمون توکی نیز نشان داد که گروه ناموفق و موفق در مقایسه با گروه غیربالینی نمرات بالاتری را در این حوزه گزارش نموده‌اند.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمرات حوزه جهت‌گیری مبتنی بر دیگران در سه گروه مورد مطالعه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	حوزه
۰/۰۰۱	۹/۸۹۶	۸۳۸۱/۲۱۱	۲	۱۶۷۶۲/۴۲	بین گروهی	جهت‌گیری مبتنی بر دیگران
		۸۴۶/۹۴۳	۸۷	۷۳۶۸۴/۰۳	درون گروهی	

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در حوزه جهت‌گیری مبتنی بر دیگران وجود دارد ( $F=9/896$  &  $P<0/001$ ). همچنین نتایج آزمون توکی نشان داد که گروه ناموفق در مقایسه با گروه موفق و گروه غیربالینی نمرات بالاتری در این حوزه گزارش نموده‌اند.

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمرات حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در سه گروه مورد مطالعه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	حوزه
۰/۰۰۱	۹/۴۹۸	۱۱۶۲۳/۰۳۳	۲	۲۳۲۴۶/۰۷	بین گروهی	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
		۱۲۲۳/۷۸۰	۸۷	۱۰۶۴۶۸/۸۳	درون گروهی	

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در میانگین نمرات حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری وجود دارد ( $F = 9/498$  &  $P < 0/001$ ). همچنین نتایج آزمون توکی نشان داد که گروه غیر بالینی نمرات پایین‌تری در مقایسه با گروه ناموفق و گروه موفق در این حوزه گزارش نموده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن است که تفاوت معناداری از نظر شدت حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه سه گروه مورد مطالعه وجود دارد. این یافته در راستای نظریه طرح‌واره یانگ (۱۹۹۰) است که فرض می‌کند طرح‌واره‌های ناسازگارانه به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم، باعث بروز مشکلات و ناراحتی‌های روان‌شناختی و رفتارهایی نظیر اعتیاد به الکل و مواد مخدر می‌شوند. به‌منظور تبیین چگونگی ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اعتیاد به مواد افیونی می‌توان گفت براساس نظر یانگ (۱۹۹۰) رفتارهای ناسازگارانه در پاسخ به طرح‌واره ایجاد شده و سپس به‌وسیله خود طرح‌واره‌ها برانگیخته می‌شوند و هنگامی که طرح‌واره‌ی ناسازگار برانگیخته می‌شود، افراد معمولاً سطح بالایی از عواطف [منفی] نظیر خشم شدید، اضطراب، غم یا احساس گناه را تجربه می‌کنند. این شدت هیجان معمولاً ناخوشایند بوده، بنابراین افراد اغلب رفتارهای ناسازگارانه را برای اجتناب از برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها به کار می‌برند تا عاطفه ملازم با این طرح‌واره‌ها را تجربه نکنند. بنابراین، افراد برای این که درد غیرقابل‌تحملی را که به‌وسیله طرح‌واره اولیه‌شان برانگیخته می‌شود کاهش دهند، اقدام به رفتارهای ناسازگارانه‌ای نظیر استفاده از مواد افیونی می‌کنند (یانگ، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۸۴).

تعدادی از مطالعات به همبستگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و وابستگی به مواد اشاره کرده‌اند (بال<sup>۱</sup> و سسرو ۲۰۰۱؛ بروتچی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). به‌طور مثال بال و همکاران (۲۰۰۵) فرض کرده بودند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی - بی‌ثباتی،

1. Ball  
2. Brotchie  
۷۵

بی‌اعتمادی - سوءاستفاده، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و نقص - شرم) به‌طور خاصی در گروه سوءمصرف مواد بارز باشند. از بین این پنج طرح‌واره، تنها انزوای اجتماعی به‌طور بارز تایید شد (بال و همکاران، ۲۰۰۵).

از آنجا که در پیشینه ادبیات پژوهش مطالعات معدودی که مستقیماً به مقایسه حوزه‌ها یا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مربوط به آن‌ها در گروه‌های معتادین و غیربالینی پرداخته باشد یافت نشد، لذا جهت تبیین یافته‌های حاصله، می‌توان به‌صورت غیرمستقیم از طریق ارتباط اعتیاد با اختلالات شخصیت و ارتباط اختلالات شخصیت با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به نتیجه‌گیری از پژوهش‌های مربوطه پرداخت. به‌طور تفصیلی، بسیاری از مطالعات (کوزولو و بازینا، ۱۹۹۹؛ پوزی، ۱۹۹۳؛ به نقل از چیریلو و همکاران، ترجمه عصاریان و همکاران، ۱۳۷۹) بیانگر وجود اختلالات شخصیت (مانند اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، خودشیفته، نمایشی و غیره) در معتادان می‌باشند، از طرفی دیگر، سایر پژوهش‌ها (فیرست<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ ورتمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از لوبستایل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸. بال، و سسرو، ۲۰۰۱. ریزو، و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۶. لوبستایل و همکاران، ۲۰۰۸) نشان‌دهنده رابطه طرح‌واره‌های خاص با اختلالات شخصیت می‌باشند که برخی از آن طرح‌واره‌ها در حوزه بریدگی و طرد قرار دارند.

به‌طور مثال می‌توان به طرح‌واره بی‌اعتمادی - بدرفتاری در اختلال شخصیت ضد اجتماعی و طرح‌واره طردشدن، بی‌اعتمادی - بدرفتاری در اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد (بال و سسرو، ۲۰۰۱) همچنین در پژوهشی دیگری که روی بیماران معتاد دارای اختلالات شخصیت انجام پذیرفت نتایج نشان داد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی شدید با طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی - سوءاستفاده و اختلال شخصیت مرزی با رهاشدگی - بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی - سوءاستفاده و اختلال شخصیت افسرده با بی‌اعتمادی - سوءاستفاده و انزوای اجتماعی ارتباط دارند (سسرو و همکاران، ۲۰۰۴).

---

1. First  
2. Weertman  
3. Lobbstaël

در ارتباط با حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، افراد دو گروه معتاد ناموفق و موفق در مقایسه با گروه غیربالینی دارای احساس بی‌لیاقتی، درماندگی، پوچی، سردرگمی، جهت نداشتن و بی‌هدفی و ترس افراطی - از این که هر لحظه احتمال وقوع فاجعه‌ای وجود دارد و شخص قادر نخواهد بود از آن جلوگیری کند - شدیدتر و بیشتری برخوردارند. این یافته‌ها با برخی از نتایج پژوهش‌های انجام شده (خدیبوی، ۱۳۷۶؛ آقاچاباغی، ۱۳۸۰؛ شقاقی و قریشی‌نژاد، ۱۳۷۹) که به بررسی صفات و خصوصیات شخصیتی افراد معتاد و غیرمعتاد پرداخته‌اند هم‌سو می‌باشند. این پژوهش‌ها به اتفاق بیانگر فراوانی بیشتر خصوصیات مانده احساس بی‌کفایتی، وابستگی، ناپختگی و توقع حمایت در افراد معتاد نسبت به افراد عادی می‌باشند. این خصوصیات با توجه به نظریه یانگ (۱۹۹۰) ارتباط مستقیمی با طرح‌واره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی - بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود رشدنیافته - گرفتار و شکست) دارند. بسیاری از مطالعات (جیلوها، ۱۹۸۸؛ به نقل از آقابخشی، ۱۳۷۸؛ گساب و روی، ۱۹۷۶؛ به نقل از گساب، و آیزنک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰) بیانگر وجود اختلالات شخصیت (مانند اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، خودشیفته، نمایشی و غیره) در معتادان می‌باشند و همان‌طور که اشاره شد نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان‌دهنده رابطه طرح‌واره‌های خاص با اختلالات شخصیت می‌باشند. برخی از آن طرح‌واره‌ها در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارند. به‌طور مثال نتایج پژوهشی که توسط سسرو و همکاران (۲۰۰۴) روی بیماران معتاد دارای اختلالات شخصیت انجام پذیرفت نشان داد که اختلالات شخصیت ضداجتماعی شدید با طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر صدمه و اختلال شخصیت افسرده با نقص - شرم و شکست ارتباط دارند.

همچنین حوزه محدودیت مختل را می‌توان عاملی موثر در اعتیاد به مواد افیونی در گروه معتادین در نظر گرفت، اما در موفقیت یا عدم موفقیت معتادان به ترک موثر نمی‌باشد.

افراد دارای طرح‌واره‌های درون این حوزه مشکلات مستمر در خویشتن‌داری و تحمل ناکامی برای دستیابی به اهداف شخصی داشته و یا قادر به جلوگیری از بیان هیجان‌ها و تکانه‌های خود

نمی‌باشند (یانگ، ۱۹۹۹). پژوهشی که توسط کوزلو و روخلینا<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) انجام گردید؛ مؤید همین نکته می‌باشد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که تمام بیماران معتاد، صفات شخصیتی غیرطبیعی نظیر اختلال در کنترل تکانه و تحریک پذیری بالا دارند. این مشکلات شدید که ناشی از طرح‌واره‌های حوزه محدودیت مختل به‌ویژه خویش‌داری - خودانضباطی ناکافی می‌باشد، هم‌سو با مطالعات لوئیس روپر و همکاران (۲۰۰۹)، دکولار و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از روپر و همکاران، (۲۰۰۹) می‌باشد که نشان دادند گروه معتادین و الکلی‌ها نسبت به گروه غیربالینی از طرح‌واره خودانضباطی ناکافی شدیدتری برخوردارند.

جهت تبیین یافته‌های فوق براساس نظریه یانگ (۱۹۹۰) می‌توان گفت رفتارهای ناسازگارانه همچون جامعه‌ستیزی و اعتیاد در پاسخ به طرح‌واره ایجاد شده و سپس به‌وسیله خود طرح‌واره‌ها برانگیخته می‌شوند (یانگ، ۱۹۹۹).

نتایج به دست آمده مؤید این است که حوزه جهت‌گیری مبتنی بر دیگران را می‌توان عاملی موثر در سوء‌مصرف و عدم موفقیت در ترک مواد افیونی گروه معتادان ناموفق در نظر گرفت. با توجه به طرح‌واره‌های درون این حوزه می‌توان گفت یافته فوق با نتایج مطالعات (لوئیس روپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ بروتچی، ۲۰۰۴؛ دکولار و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از روپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ سسرو و همکاران، ۲۰۰۴) دیگر هم‌سو است. آن‌ها نشان دادند طرح‌واره‌های ایثار و اطاعت، در گروه وابسته به الکلی و معتادان در مقایسه با گروه غیربالینی از شدت بیشتری برخوردار است. با توجه به سابقه مصرف مواد و بالا بودن شدت حوزه جهت‌گیری مبتنی بر دیگران در گروه ناموفق؛ افراد این گروه به‌منظور رهایی از برانگیختگی هیجانی شدید ناشی از فعالیت طرح‌واره‌های این حوزه، با رفتارهای ناکارآمدی نظیر اعتیاد سعی در سرکوبی و عدم تجربه و مواجه شدن با آن‌ها را دارند. ترک مصرف مواد به معنای خلع سلاح کردن خود در برابر شرایطی است که موجب فعال‌سازی طرح‌واره‌های این حوزه و تجربه برانگیختگی شدید هیجانی می‌شود. همان‌طور که مارلات و جورج (۱۹۸۴) در یک بررسی روی ۳۱۱ بیمار معتاد به این به این نتیجه رسیدند که ۳۲٪ بازگشت‌ها مربوط به حالت‌های

هیجانی منفی (مارلات و جورج، ۱۹۸۴؛ به نقل از آوادایس یانس و هامایاک، ترجمه نیکخو، ۱۳۸۱) می‌باشد.

با توجه به معناداری تفاوت و بالا بودن شدت میانگین نمرات دو گروه معتادین در مقایسه با گروه غیربالینی می‌توان گفت؛ شدت طرح‌واره‌های مربوط به حوزه‌ی گوش به زنگی در دو گروه معتاد ناموفق و موفق بالاتر از گروه غیربالینی است. این حوزه شامل طرح‌واره‌های مختلفی نظیر بازداری هیجانی است. از این نظر یافته‌ی فوق با نتیجه پژوهش پروتچی و همکاران (۲۰۰۴) هم‌سو می‌باشد. پژوهش آن‌ها نشان داد که شدت میانگین نمرات این طرح‌واره در مصرف‌کنندگان مواد به‌طور معناداری بیشتر از گروه عادی می‌باشد. از طرفی دیگر این یافته‌ها با برخی از نتایج پژوهش‌های انجام شده (شقایق و قریشی‌نژاد، ۱۳۷۹ و گساب و آیزنک، ۱۹۸۰) که به بررسی صفات و خصوصیات شخصیتی افراد معتاد و غیرمعتاد پرداخته‌اند هم‌سو می‌باشند. این پژوهش‌ها بیانگر فراوانی بیشتر خصوصیات مانند احساس نگرانی و اضطراب شدید، بدبینی و منفی‌گرایی در افراد معتاد نسبت به افراد عادی می‌باشند. این خصوصیات با توجه به نظریه یانگ (۱۹۹۰) ارتباط مستقیمی با طرح‌واره‌های حوزه گوش‌به‌زنگی و بازداری بیش‌ازحد (منفی‌گرایی و بدبینی، تنبیه‌گری، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و بازداری هیجانی) دارند.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که به‌نظر می‌رسد بین حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه با اعتیاد رابطه وجود داشته و شدت بالای این حوزه‌ها را می‌توان به عنوان عاملی موثر در گرایش به اعتیاد گروه ناموفق در مقایسه با گروه غیربالینی (در تمامی حوزه‌ها) و عدم موفقیت آنها در مقایسه با گروه موفق در نظر گرفت و تلویحاً بیانگر این است که مداخلات بالینی با هدف تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های حوزه‌های مذکور می‌تواند کمک موثری در کاهش احتمال گرایش به مصرف مواد و افزایش احتمال موفقیت در ترک مواد افیونی باشد.

## منابع

- آقا بخشی، حبیب. (۱۳۷۸). *اعتیاد و آسیب شناسی خانواده*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- آقاچاباغی، هاجر. (۱۳۸۰). *بررسی عوامل اعتیاد در زندان مراغه*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه تبریز.
- آوادیس یانس، و هامایاک. (۱۳۸۱). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. محمدرضا نیکخو (مترجم). چاپ چهارم. تهران: انتشارات سخن.
- احمدیان، معصومه. (۱۳۸۵). *مقایسه طرحواره های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی ایران.
- چیریلو، استفانو، برینی، روبرتو، کامبازو، جیانی، مازا. (۱۳۷۸). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*. سعید پیر مرادی (مترجم). تهران: انتشارات همام.
- خدیبوی، علی. (۱۳۷۶). *بررسی و مقایسه باورهای منطقی در افراد معتاد و عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- شفیعی دارابی، سید حسین. (۸۳-۱۳۸۲). *پیش آگهی کننده‌های توفیق و عدم توفیق در درمان اعتیاد در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان بندرعباس*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شقایق، فرهاد، و قریشی‌نژاد، سیده‌رقیه. (۱۳۷۹). *بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی معتادین به مواد مخدر با افراد عادی شهر قزوین. ژرفای تربیت*. سال دوم. شماره ۱۷.
- صدیق سروستانی، رحمت‌اله. (۱۳۸۳). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: انتشارات آن.
- صلواتی، مژگان. (۱۳۸۶). *طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - روانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران. پایان نامه دکتری.
- عصاربان، فاطمه. (۱۳۷۹). *بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی*. کاشان.
- فتی، لادن، موتابی، فرشته. (۱۳۸۵). *کارگاه آموزشی طرح‌واره درمانی*. دومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.
- فرجاد، محمدحسین. (۱۳۷۷). *اعتیاد - راهنمای کامل و کاربردی برای خانواده‌ها*. انتشارات بدر.



مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار ...

معارف وند، معصوم. (۱۳۸۱). بررسی عوامل شخصی، خانوادگی در روابط اجتماعی موثر بر بازگشت به اعتیاد در

مورد معتادان بهبود یافته. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نادری، منیژه. (۱۳۸۲-۸۳). بررسی تاثیر مداخلات پرستاری در خانواده بر پیشگیری از عود اعتیاد در مراجعین به مراکز

سرپایی خودمعرف شهید فامیلی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

وزیریان، محسن. (۱۳۸۲). مروری بر برنامه های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای توسعه راهبردی

کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۸.

یانگ، جفری. (۱۳۸۴). شناخت درمانی اختلالات شخصیت. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور، چاپ یکم. تهران:

انتشارات آگاه.

Ball, S. A., Richardson, P. C., Connolly, A. J., Bujosab, C. T., O'Neill, T. W. (2005).

Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in-center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379

Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72-83.

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

Cecero, J. J., Nelson, J. D., Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire-research version. *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 344-357.

Gossop, M. R. and Eysenck, S. B. G. (1980). A further investigation into the personality of drug addicts in treatment, *British Journal of Addiction*, 75: 305-11.

Kozlov, A. A. & Rokhlina, M. L. (2000). Addictive Personality, *zhurnal nevrologii i psikiatrii*, 100 (7):23-7.

Kozlov, A. A. & Buzina, T. S. (1999). The Psychological characteristics of Patients with drug addictions, *zhurnal nevrologii i psikiatrii*; 99 (10) : 14-9.

Lobbstaal, J., Van Vreeswijk, M. F., Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.

Roper, L., Joanne, M., Dickson, Peter, G., Booth, James, M. (2009). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program cognitive therapy research.

Waller, G., Meyer, C., Ohanian, Y. (2001). Psychometric Properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimia and comparison women. *Cognitive therapy and research*, 25, 137-147.

- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy A practitioners Guide*. New york. Guilford press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for Personality disorder A schema focused approach*, Sarasota,FL: professional Resourcepress.
- Young, J. E., Klosko J. (1994). *Reinventing Your Life*. New york: Plume.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.

