

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد

صنعتی و سنتی

Comparison of Early Maladaptive Schemas in patients with industrial and traditional substance use disorders**Seyed Ghasem Seyed Hashemi ***MA, General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, *seyedhashemi@azaruniv.ac.ir*

سید قاسم سید هاشمی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان شرقی

Dr. Rahim Yousefi

Associate Professor, PhD in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University

دکتر رحیم یوسفی
دانشیار، دکترای روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان شرقی**Mahin Ghasempour**

MA, General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University

مهین قاسم پور
کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان شرقی**Saba Kolahi Hamed**

MA, General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University

سبا کلاهی حامد
کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان شرقی**Abstract**

The aim of this study was to compare early maladaptive schemas in patients with traditional and industrial Substance use disorder. Methods: 98 patients with industrial and traditional substance use disorders (two groups of 49 persons) Addiction clinics in the city of Tabriz by purposive sampling, through structured clinical interview

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و سنتی بود. ۹۸ نفر از بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و سنتی (دو گروه ۴۹ نفره) کلینیک های ترک

and according to the information in the file to determine the used drug type they were selected. For data collection, the short form of the Young Schema Questionnaire (SF-YSQ) were used. Results: The results showed that between two groups of patients there was a significant difference in the early schema and scores of patients with industrial Substance use disorder in the areas of cuts and exclusion, impaired limits and in the scheme of abandonment / instability and emotional inhibition significantly higher than patients with traditional Substance use disorder did. Conclusion: The early maladaptive schema could be an important target for therapeutic intervention in terms of the type of substance consumed.

Keywords: early maladaptive schema, patients with substance use disorders, Industrial substances, traditional substances.

اعتیاد شهرستان تبریز به شیوه‌ی هدفمند، از طریق صاحبه ساختار یافته بالینی و با توجه به اطلاعات موجود در پرونده آن‌ها برای تعیین نوع ماده مصرفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه - فرم کوتاه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه از بیماران در طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود داشت و نمرات بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی در حوزه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل و در طرحواره‌های رهاسدگی/ بی‌ثباتی و بازداری هیجانی به طور معناداری از بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد سنتی بالاتر بود. طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه می‌تواند بعنوان یک هدف مهم مداخلاتی برای برنامه‌های درمانی بر حسب نوع ماده مصرفی باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیماران مبتلا به اختلال مصرف، مواد صنعتی، مواد سنتی

مقدمه

اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن عودکننده مغزی تعریف می‌شود که با جستجو و مصرف اجباری مواد مخدر، با وجود پیامدهای مضر برای افراد مشخص می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اعتیاد همچنین یک اختلال پیچیده سیستم عصبی است که در افرادی که آسیب‌پذیری‌های زیستی، روانی و جسمانی خاصی دارند به وجود می‌آید (علیپور، قربانی و فرزاد، ۱۳۹۴). اختلالات مصرف مواد همچنان در جامعه مشکل‌ساز و بعنوان یک مشکل جدی سلامت باقی مانده است (هاوکینز، کاتالانو، میلر^۱، ۱۹۹۲). پیامدهای ناخوشایند آن از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است و مدت‌هاست که نظر متخصصین بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (مارتین^۲، ۲۰۰۷).

¹. American Psychiatric Association

². Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y.

³. Martin, R.

افراد معتاد جمعیت آسیب پذیری هستند، آن ها با بسیاری از مشکلات روانشناختی و عاطفی مواجه هستند که تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آن ها دارد. علاوه بر مشکلات روانشناختی و عاطفی، همچنین تاثیر نامطلوب بهداشتی و بهزیستی افراد معتاد، اثر مهمی در نفوذ اجتماعی و اقتصادی در سطح کلی دراد (نوری پور^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). هرچند برآوردهای سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در ایران متنوع است، مطالعات بر روی مصرف مواد مخدر در کشور ما حاکی از آن است که ۱۳ درصد از جوانان ایرانی حداقل یک بار آن را تجربه کرده اند. علاوه بر این، منابع رسمی تعداد معتادان را حدود ۲ میلیون نفر در سال ۲۰۰۱ تخمین زده است (مکری^۲، ۲۰۰۲)، و مطالعه دیگری که در سراسر کشور با نمونه های بزرگ تری توسط وزارت بهداشت با همکاری UNODC انجام پذیرفته، تعداد مصرف کنندگان تریاک و هروئین را در حدود ۳،۷۶۰،۰۰۰ برآورد کردند (دکورت، وزیران و نصیری منش^۳، ۲۰۰۶). با این حال برخی منابع غیر رسمی مدعی بوند که تعداد آن در حدود ۶ میلیون باشد (مکری، ۲۰۰۲). و این در حالیست که آمار دقیقی از تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر صنعتی وجود ندارد. گزارش مواد مخدر جهانی^۴ (۲۰۱۳) منتشر شده در وین، نشان می دهد که مصرف مواد مخدر سنتی مانند هروئین و کوکائین در برخی از مناطق جهان رو به کاهش نهاده، با این حال سوء مصرف داروهای تجویزی و مواد روانگردان جدید^۵ در حال رشد است (برنز^۶، ۲۰۱۴).

تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی به مواد صنعتی و شیمیایی و استفاده از قرص های روان گردان، تهدیدی جدی است که جوامع امروز را با بحران مواجه کرده است. در تعریف کلی مواد مخدر مصنوعی^۷ (ترکیبی) به موادی گفته می شود که بصورت مصنوعی در آزمایشگاه درست شده باشد، به جای اینکه از گیاهان مشتق شود (دادلی^۸، ۲۰۱۵). اروین (۱۹۸۴) علت تغییر الگوی مصرف افراد به سوی داروهای تحریک زای روانی را ناشی از اثر

1. Nooripour, R.

2. Mokri, A.

3. De Kort, G., Vazirian, M., and Nassirimanesh, B.

4. *World Drug Report*

5. new psychoactive substances and prescription drugs

6. Burns, L.

7. Synthetic drug

8. Dudley, W.

روانشناختی می داند که به تعبیر او موجب مستی و به اوج لذت رسیدن در فرد می شود. این حالت در واقع منعکس کننده کنش های شیمیایی مواد محرک است که افراد احساس خوشایندی از آن را تجربه می کنند. اروین در خصوص علل تغییر الگوی مصرف به سمت دارو های محرک را ناشی از فعالیت بیولوژیک مصرف کننده می داند، اما کریستین سن (۱۹۸۲) و براون (۱۹۸۰) انتظارات فرد مصرف کننده را عامل این تغییر الگو می دانند (آزاد، ۱۳۸۴).

خطرات شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد، توجه تحقیقاتی قابل توجهی پیدا کرده است. عوامل شناختی تجربه شروع مصرف مواد مخدر را تحت تاثیر قرار داده و در دوره بعد از قطع مصرف مواد مخدر منجر به عود و مصرف مجدد آن می شود (واترز، شیفمن، برادلی و مگ، ۲۰۰۳). پردازش سوگیرانه اطلاعات مواد مخدر (جونز، جونز، اسمیت و کاپلی، ۲۰۰۳) و انتظارات حاصل از مصرف مواد مخدر (دولز، هویت، کیندت و ویلیامز، ۲۰۰۲) از عوامل خطرزای شناختی دیگر می باشند. نظریه پردازان شناختی روش جدیدی برای درمان بسیاری از مشکلات سلامت روانی، از جمله اختلالات شخصیت و رفتار اعتیادآور توسعه داده اند، که بطورخاص بر رشد طرحواره های ناکارآمد پدید آمده در کودکی تمرکز دارد (ایمی، ۲۰۰۸). تحقیقات اخیر نشان داده است که الگوهای شناختی و رفتاری منفی پایدار و فراگیر از خود و جهان، به عنوان طرحواره های ناسازگار اولیه شناخته می شوند که در میان مصرف کنندگان مواد مخدر شایع است (بال، ۲۰۰۷) و اهمیت آن را برای سوء مصرف مواد روشن ساخته است (به عنوان مثال، بروتچی، مایر، کویل، کلیه و والر، ۲۰۰۴؛ راپر، دیکسون، تینول، بوت و مک گوایر، ۲۰۱۰).

مفهوم طرحواره برای اولین بار توسط بک (۱۹۶۷) مطرح شده و توجه تجربی گسترده ای در سال های اخیر دریافت کرده است. طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان "الگو های شناختی و عاطفی که در اوایل رشد ما آغاز و در طول زندگی تکرار می شوند" تعریف می

1. Waters, A. J., Shiffman, S., Bradley, B. P., & Mogg, K.

2. Jones, B. T., Jones, B. C., Smith, H., & Copley, N.

3. Dols, M., Hout, M. V. D., Kindt, M., & Willems, B.

4. Aimee, M. T.

5. Ball, S. A.

6. Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., Waller, G.

7. Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., McGuire, J.

شوند (یانگ، کلسکا و وایشار^۱، ۲۰۰۳)، طرحوارهای ناسازگار اولیه افراد را در نحوه رمزگردانی، پردازش و پاسخ به تحریکات محیط خود تحت تاثیر قرار می دهند (یانگ، ۱۹۹۴). علاوه بر این، طرحواره های ناسازگار اولیه اغلب سطوح بالایی از عاطفه منفی و الگو های رفتاری خود تخریبی تولید می کنند و بسیار فراگیر و در برابر تغییر مقاوم هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). همانطور که توسط یانگ و همکارانش شرح داده شده (۲۰۰۳)، هر طرحوارهای ناسازگار اولیه دارای پتانسیلی است که زمینه رشد و نگهداری دامنه ای از اختلالات روانی از جمله هر دو محور I (به عنوان مثال، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء مصرف مواد) و محور II (به عنوان مثال، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت خودشیفته) دارد (بال، ۱۹۹۸؛ بال و سیرو^۲، ۲۰۰۱؛ کوکرم، دروموند و لی^۳، ۲۰۱۰؛ گیسن-بلو^۴ و همکاران، ۲۰۰۶؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گرانت^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، جای تعجب نیست که تحقیقات نشانگر این هستند که وقتی طرحواره ناسازگار اولیه در طول درمان هدف قرار داده می شوند و اصلاح شده، مشکلات مرتبط با بهداشت روانی آنها کاهش می یابد (گیسن-بلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ مازلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور^۶، ۲۰۱۱).

بال (۱۹۹۸) برای اولین بطور سیستماتیک پیشنهاد کرد که چگونه طرحواره های ناسازگار اولیه ممکن است (۱) زمینه و افزایش خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد شود و (۲) درمان اختلالات مصرف مواد با تمرکز بر طرحوارهای ناسازگار اولیه، منجر به بهبود نتایج می شود. تحقیقات تا حد زیادی از فرضیات بال حمایت کرده است و نشان می دهد که افراد با اختلالات مصرف مواد نمره بالاتری در طرحواره های ناسازگار اولیه نسبت به گروه شاهد غیر-بالینی کسب می کنند (شوری، اندرسون، و استوارت^۷، ۲۰۱۴؛ بروتچی و همکاران، ۲۰۰۴؛ راپر و همکاران، ۲۰۱۰). بال همچنین نشان داد، افراد مبتلا به مواد که به صورت همزمان درمان سوء مصرف مواد و طرحواره درمانی دریافت کردند، نتایج بهتری از افرادی که صرفاً درمان سوء مصرف مواد دریافت کرده اند، دارند.

1. Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. E.

2. Cecero, J. J.

3. Cockram, D. M., Drummond, P. D., Lee, C. W.

4. Giesen-Bloo, J.,

5. Grant, B. F.

6. Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A.

7. Shorey, R. C., Anderson, S., Stuart, G. L.

متاسفانه تحقیقاتی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در دو گروه از مصرف کنندگان سنتی و صنعتی مواد مخدر بررسی کرده باشند محدود یا شامل یک گروه می باشد (به عنوان مثال، زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی، ۱۳۹۰؛ خوش لهجه و همکاران، ۱۳۸۹؛ پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدی، امیری و پور کمالی، ۱۳۸۹؛ سهند، زارع و فتی، ۱۳۸۹؛ بروتچی و همکاران ۲۰۰۴؛ راپر و همکاران، ۲۰۱۰؛ شقاقی و همکاران، ۲۰۱۱؛ شوری و همکاران، ۲۰۱۴، شوری، براسفیلد، اندرسون و استوارت، ۲۰۱۵). دانستن افتراق بین الگوهای شناختی و رفتاری پایدار مصرف کنندگان سنتی و صنعتی در تعامل محیط اطراف شان به منظور بهبود دانش ما از مشکلات سوء مصرف کمک می کند. بنابراین مطالعه حاضر به مقایسه روابط متقابل و تفاوت بین طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و سنتی پرداخته است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای (پس رویدادی) است که بصورت مقطعی انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش کلیه مردان ۲۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و سنتی بود که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه های این پژوهش ۹۸ نفر در دو گروه ۴۹ نفره (مواد صنعتی و مواد سنتی) می باشد. افراد به روش نمونه گیری هدفمند، از طریق مصاحبه ساختار یافته بالینی^۱ و با توجه به اطلاعات موجود در پرونده آن ها برای تعیین نوع ماده مصرفی انتخاب شدند.

ابزار

برگه مشخصات فردی: این برگه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان همچون سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر و نوع ماده مصرفی بود که توسط محقق ساخته شد.

فرم کوتاه پرسشنامه ی طرحواره (YSQ-SFZ): این پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط یانگ - (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این طرحواره ها عبارتند

1. structured cilinical intterview for DSM-IV disorders (SCID)

از: ره‌اشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، شکست، استحقاق/ بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست) در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. اعتبار مقیاس به وسیله‌ی آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶. و برای تمام زیر مقیاس‌ها نیز بالا بود (والر، میر و اوهانیان^۱، ۲۰۰۱). اشمیت و همکاران برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای ۰/۸۳ تا ۰/۹۶. را بدست آوردند و ضرایب بازآزمایی در یک جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲. بود. این پرسشنامه، روایی افتراقی و همگرایی خوبی دارد (یانگ و همکاران ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز این نتایج را تایید می‌کند (لکنال-چولت، مانچند، کاترو، بووارد و مارتین^۲، ۲۰۰۶؛ اویی و بارانف^۳، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۵) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۹۷٪ و در جمعیت مذکر ۹۸٪ گزارش شده است.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به دو گروه مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی و سنتی در جدول ۱ آورده شده است. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی و سنتی

متغیرها	گروه مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی		گروه مصرف‌کننده مواد مخدر سنتی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن				
۲۰-۳۰ سال	۱۶	۳۲/۶۵	۸	۱۶/۳۲
۳۰-۴۰ سال	۲۰	۴۰/۸۱	۲۳	۴۶/۹۳
۴۰-۵۰ سال	۸	۱۶/۳۲	۱۴	۲۸/۵۷
۵۰ سال به بالا	۵	۱۰/۲۰	۴	۸/۱۶
وضعیت				
متاهل	۳۵	۷۱/۴	۴۲	۸۵/۷

1. Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V.

2. Lachenal-cherallt, K., Maunchand, P., Couttraux, J., Bouvard, M. Q., & Martin, R.

3. Oei, T. P., & Baranoff, J.

۱۴/۳	۷	۲۸/۶	۱۴	مجرد	تاهل
۱۶/۳	۸	۲۶/۵	۱۳	ابتدایی	
۲۴/۵	۱۲	۲۶/۵	۱۳	راهتمایی	تحصیلات
۳۶/۷	۱۸	۳۰/۶	۱۵	دیپلم	
۲۲/۴	۱۱	۱۶/۳	۸	دانشگاهی	

باتوجه به داده های حاصل از جدول ۱ مشاهده می شود که دو گروه از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی تقریباً همسان می باشند.

جدول ۲: داده های توصیفی گروه ها در حوزه های مرتبط با طرح واره های ناسازگار اولیه

تعداد	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	مادهی مصرفی	متغیرها
۴۹	۲/۶۸	۲۰/۷۶	۸۲/۶۵	صنعتی	بریدگی و طرد
۴۹	۲/۶۸	۱۶/۶۲	۷۴/۵۱	سنتی	
۴۹	۲/۱۱	۱۶/۷۷	۵۸/۵۷	صنعتی	خود گردانی و عملکرد
۴۹	۲/۱۱	۱۲/۵۳	۵۷/۰۰	سنتی	مختل
۴۹	۱/۰۵	۷/۸۳	۳۱/۳۸	صنعتی	دیگر جهت مندی
۴۹	۱/۰۵	۶/۸۸	۲۸/۴۴	سنتی	
۴۹	۱/۰۱	۷/۲۸	۳۴/۰۶	صنعتی	گوش به زنگی و بازداری
۴۹	۱/۰۱	۶/۸۸	۳۱/۴۸	سنتی	
۴۹	۰/۹۱	۶/۶۲	۳۳/۸۳	صنعتی	محدودیت های مختل
۴۹	۰/۹۱	۶/۱۵	۳۱/۲۰	سنتی	

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در پنج حوزه بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش بزنگی و بازداری، محدودیت های مختل بر اساس پرسشنامه طرحواره ی یانگ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز

متغیر	آزمون	ارزش	F	Hypothesis df	Error df	معناداری
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۸۸۷	۲/۳۵۳	۵	۹۲	۰/۰۴۷

برای بررسی تفاوت در گروه‌ها از آماره لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج تحلیل نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد ($F=۰/۸۸۷$)=لامبدای ویلکز، $F=۲/۳۵$ ، $(P<۰/۰۵)$.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون اثر بین‌آزمودنی تفاوت میانگین حوزه‌های طرحواره در دو گروه

حوزه‌ها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	(df)	F آماره	معنا داری
بریدگی و طرد	۱۶۲۴/۵۰	۱۶۲۴/۵۰	۱	۴/۵۹	۰/۰۳۵
خود گردانی و عملکرد مختل	۶۰/۵۰	۶۰/۵۰	۱	۰/۲۷	۰/۶۰۱
دیگر جهت مندی	۲۱۱/۵۹	۲۱۱/۵۹	۱	۳/۸۸	۰/۰۵۲
گوش به زنگی و بازداری	۱۶۲/۰۰	۱۶۲/۰۰	۱	۳/۲۲	۰/۰۷۶
محدودیت‌های مختل	۱۶۹/۸۰	۱۶۹/۸۰	۱	۴/۱۵	۰/۰۴۴

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون اثر بین‌آزمودنی تفاوت میانگین طرحواره‌های در دو گروه

طرحواره‌ها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	(df)	F آماره	معنا داری
محرومیت هیجانی	۳۰/۸۶	۳۰/۸۶	۱	۰/۸۴	۰/۳۶۰
رهانشدگی / بی‌ثباتی	۱۶۷/۱۸	۱۶۷/۱۸	۱	۷/۳۶	۰/۰۰۸
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۶۶/۹۴	۶۶/۹۴	۱	۲/۷۸	۰/۰۹۹
بیگانگی اجتماعی / انزوای اجتماعی	۴۴/۴۴	۴۴/۴۴	۱	۱/۹۶	۰/۱۶۴
نقص / شرم	۴۸/۵۸	۴۸/۵۸	۱	۲/۰۵	۰/۱۵۵
شکست یا ناکامی	۱۱/۱۱	۱۱/۱۱	۱	۰/۴۲	۰/۴۹۴
وابستگی / بی‌کفایتی	۶/۸۹	۶/۸۹	۱	۰/۳۱	۰/۵۷۵
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر	۰/۸۲	۰/۸۲	۱	۰/۰۳	۰/۸۴۹
خودتحول نیافته / گرفتار	۰/۸۲	۰/۸۲	۱	۰/۰۴	۰/۸۲۹

۰/۰۵۰	۳/۹۳	۱	۷۹/۰۲	۷۹/۰۲	اطاعت
۰/۲۰۹	۱/۵۹	۱	۳۲/۰۰	۳۲/۰۰	ایشانر / از خودگذشتگی
۰/۰۱	۶/۹۹	۱	۱۲۸/۰۰	۱۲۸/۰۰	بازداری هیجانی
۰/۷۱۱	۰/۱۳	۱	۲/۰۰	۲/۰۰	معیار های سرسختانه، کمال‌گرایی
۰/۰۸۷	۲/۹۹	۱	۴۰/۵۰	۴۰/۵۰	استحقاق
۰/۰۷۲	۳/۳۱	۱	۴۴/۴۴	۴۴/۴۴	خوبیستن داری ضعیف/خود انضباطی ضعیف

بر اساس جدول ۴ و ۵ تفاوت معناداری بین دو گروه در حوزه های بریدگی و طرد ($P < ۰/۰۵$, $F=۴/۱۵$) محدودیت‌های مختل ($P < ۰/۰۵$) وجود دارد، و بیشترین میزان اثرپذیری واریانس طرحواره‌ها، به طرح‌واره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی ($F=۷/۳۶$, $P < ۰/۰۵$) و بازداری هیجانی ($F=۶/۹۹$, $P < ۰/۰۵$) مربوط می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

تحقیقاتی که اخیراً رابطه بین طرح‌واره های ناسازگاران اولیه و اختلال مصرف مواد را بررسی کرده اند، نشان داده اند که طرح‌واره های ناسازگاران اولیه با سوء مصرف و درمان مواد مخدر مرتبط هستند (به عنوان مثال، بال، ۱۹۹۸؛ راپر و همکاران، ۲۰۱۰؛ شوری و همکاران، ۲۰۱۲؛ شوری و همکاران، ۲۰۱۴)، اما هیچ مطالعه‌ای تفاوت طرح‌واره های ناسازگاران اولیه در دو گروه از مصرف‌کنندگان سنتی و صنعتی مواد مخدر بررسی نکرده است. بنابراین مطالعه حاضر طرح‌واره های ناسازگاران اولیه در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد صنعتی و مواد سنتی مقایسه کرده است. نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن است که هر دو گروه افراد مصرف کننده از سطوح بالای طرح‌واره های ناسازگاران اولیه رنج می‌برند و تفاوت معناداری در طرح‌واره های ناسازگاران اولیه بین دو گروه از مصرف‌کنندگان وجود دارد، بیشترین تفاوت در طرح‌واره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی و بازداری هیجانی می‌باشد که افراد مصرف‌کننده مواد صنعتی بیشترین فراوانی و اختلاف میانگین را از مصرف‌کنندگان مواد مخدر سنتی دارند. این طرح‌واره‌ها مربوط به حوزه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل می‌شوند و با نتایج تحقیقات قبلی که طرح‌واره‌های ناسازگاران اولیه را در گروه‌های مبتلا به اختلال مصرف مواد

بررسی کرده بودند، هماهنگ می‌باشد. در مطالعه‌ی اسدی و همکاران (۱۳۸۹)، بیماران مبتلا به اختلال مصرف شیشه در تمام حوزه‌ها دارای نمرات بالایی در طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه بودند که با این مطالعه همسو می‌باشد. همچنین زرگر و همکاران (۱۳۹۰)، خوش لهجه و همکاران (۱۳۸۹)، پورمحمد و همکاران (۱۳۹۲)؛ سهند و همکاران (۱۳۸۹)؛ بروتچی و همکاران (۲۰۰۴)؛ شقایی و همکاران (۲۰۱۱) به نتایج مشابهی در ارتباط با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و مصرف مواد دست یافتند.

طرح‌واره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود. طرح‌واره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال خاصی نمی‌شود، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهند (سید محمدی، ۱۳۸۴، به نقل از پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۲). بیمارانی که در حوزه بریدگی و طرد نمرات بالاتری دارند قادر به برقراری دلبستگی‌های ارضاکنده و ایمن با دیگران نیستند. در این افراد نیازهای بنیادین امنیت، آرامش خاطر، پذیرش، حمایت، ثبات، همدلی و راهنمایی برآورد نشده است (یانگ، ۲۰۰۳). بر اساس یافته‌های بدست آمده، بالا بودن نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رها شدگی/ بی‌ثباتی نشان دهنده این است که این افراد نسبت به دریافت محبت و برقراری ارتباط با اطرافیان احساس بی‌ثباتی می‌کند، چنین فردی احساس می‌کند افراد مهم زندگی شان نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به آن‌ها بدهند (یانگ، ۲۰۰۳). این یافته‌ها تداعی‌کننده‌ی دیدگاه‌های جدیدتر و ران‌پویشی در مورد اعتیاد است که اعتیاد را بیانگر کمبودهای اساسی در رشد و عاطفه فرد می‌دانند (سید محمدی، ۱۳۸۶، به نقل از پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۲). داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزارنده یا به عنوان مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی صرف می‌شوند و دارو به صورت انعکاس کمبود شیء یا موضوع نیز در نظر گرفته شده است؛ در این دیدگاه دارو به عنوان یک کمک بیرونی موقت برای حفظ کردن احساس بهزیستی عمل می‌کند (سید محمدی، ۱۳۸۶، به نقل از پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۲).

طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل‌نشاگر آن است که این افراد باورهای ناسازگارانه‌ای درباره‌ی حقوق و برتری خود و عدم کنترل‌تکانه‌هایشان تجربه می‌کنند. افرادی که نمرات بالاتری در حوزه محدودیت‌های مختل دارند، در فاصله گرفتن از خانواده و نمادهای پدری یا مادری و عملکرد مستقل مشکل دارند. به عبارت دیگر، در طول دوره‌ی کودکی، اعضای خانواده‌ی این افراد در کارهای وی بسیار دخالت کرده‌اند و به گونه‌ای افراطی، حمایت‌کننده بوده‌اند. در نتیجه، این افراد هرگز نتوانسته‌اند هویتی مستقل را در خود شکل دهند. علاوه بر این، چنین بیمارانی اغلب خودخواه، لوس، بی‌مسئولیت یا خودشیفته به نظر می‌رسند. آنها معمولاً در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که خیلی سهل‌انگار و بیش از حد مهربان بوده‌اند. گاهی اوقات طرحواره استحقاق می‌تواند شکلی از جبران افراطی طرحواره‌های دیگر مل محرومیت هیجانی باشد. معمولاً در این قبیل موارد ریشه تحولی اولیه این طرحواره محبت بیش از حد نیست، این بیماران در دوران کودکی نیازی نداشته‌اند از قوانینی پیروی کنند که دیگران از آن تبعیت می‌کردند. آن‌ها در دوران کودکی ملاحظه دیگران را نمی‌کردند و خویشتن‌دار بوده‌اند و در نتیجه، در بزرگسالی توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و نمی‌توانند از ارضای آنی نیازهای خود را به خاطر دستیابی به منافع آتی به تأخیر بیندازند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و بال (۱۹۹۸، ۲۰۰۷) مطرح کرده‌اند که طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه ممکن است زمینه‌سوء مصرف مواد باشد، این یافته‌ها منجر به حمایت بیشتر از این نظریه می‌شود. همراه با پژوهش‌های قبلی، این یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه ممکن است یک هدف مهم مداخلاتی برای برنامه‌های درمان مصرف مواد باشد. به عنوان مثال بال (۲۰۰۷) نشان داد که درمان سوء مصرف مواد در طرحواره درمانی متمرکز دوگانه^۱ که بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگارانه تأکید دارد، منجر به کاهش مصرف مواد در مقایسه با زمانی که از یک مداخله ۱۲ گامی سنتی استفاده می‌شود. لی و راوسون^۲ (۲۰۰۸) در بررسی مروری خود بر روی درمان‌های شناختی رفتاری بر روی مواد مخدر صنعتی مخصوصاً متامفتامین به این نتیجه رسیدند که این نوع درمان باعث کاهش

1. Dual Focused Schema Therapy

2. Lee, N. K., & Rawson, R. A.

مصرف مواد و تغییرات مثبت در افراد مصرف کننده می شود. با توجه به این که مواد مخدر صنعتی ممکن است باعث مشکلات عصب شناختی و اختلال کارکردی شناختی خاصی در این افراد شود (به عنوان مثال نگاه کنید به هالپرن و همکاران، ۲۰۱۱؛ شیرواستاوا، جانستون و سیوانگ، ۲۰۱۱)،

در مطالعه ای که سیه جانی، اوراکی و زارع (۱۳۹۲)، طول مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف کنندگان متامفتامین بررسی بودند، نشان دادند که آزمودنی‌های با مدت مصرف طولانی‌تر خطای رایج پاسخ بیشتر، زمان واکنش طولانی‌تر و پاسخ صحیح کمتری داشتند و این افراد از مشکلات شناختی و آسیب های مغزی و نقایص توجه بیشتر برخوردار بودند، که همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد. مصرف یک نوع ماده (صنعتی یا سنتی) بهتر یا بدتر از نوع دیگر نیست، ولی بطور کلی مواد مخدر صنعتی با ضایعات مغزی و مشکلات شناختی بیشتری همراه است و این امر باعث تداوم مصرف و آسیب بیشتر سلامت جسمی و روانی افراد مصرف کننده مواد مخدر صنعتی می شود (هالپرن^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین از جمله کنش های طرحواره ها در افراد، تداوم طرحواره و استفاده از الگوهای خود آسیب رسان در زندگی هست؛ به نظر می رسد که در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد طرحواره های ناسازگار اولیه باعث می شود که از لحاظ رفتاری خود را در الگوهای خود آسیب رسان (از جمله مصرف مواد و رفتارهای پرخطر) درگیر سازند و موقعیت ها و رابطه هایی را برگزینند که منجر به تداوم وضعیت شان می شود و این امر در مصرف کننده های مواد مخدر صنعتی بیشتر می باشد، این افراد در رفتارهای پر خطر و محافظت نشده جنسی، بی بند و باری جنسی، رفتاری خود آسیب رسان (از جمله خود زنی و خودکشی) و ضد اجتماعی بیشتری نسبت به افراد مصرف کننده مواد سنتی درگیر می شوند. تحقیق بر روی تمایز بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه و مشکلات شناختی مرتبط با مصرف مواد در این افراد ضروری است، و برای برنامه های مداخله ای می تواند مفید باشد. لذا پیشنهاد می گردد که تحقیقات آتی به تمایز و شناسایی کارکردهای شناختی مختل ناشی از

1. Shrivastava, A., Johnston, M., & tsuang, M.

2. Halpern, J. H.

طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و آسیب‌های عصب شناختی ناشی از مصرف مواد مخدر صنعتی در افراد مصرف‌کننده پیردازند.

منابع

- آزاد، ح. (۱۳۸۴)، *آسیب شناسی روانی ۲*، انتشارات بعثت، تهران.
- اسدی، ز؛ امیری، س؛ و پورکمالی، آ. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال سوء- مصرف شیشه و افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴ (۱۶)، ۸۵-۹۲.
- آهی، ق. (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پور محمد، و؛ یعقوبی، ح؛ یوسفی، ر؛ محمدزاده، ع؛ و نجفی، م. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۷)، ۱۰۷-۱۲۳.
- خوش لهجه، ا؛ ابوالمعالی، خ؛ خوش لهجه، ز؛ علیزاده فرشیا، ح؛ و ایمانی، ا. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴ (۱۴)، ۷۷-۸۸.
- زرگر، م؛ کاکاوند، ع؛ جلالی، م، ر؛ و صلواتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتار های اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱ (۱۷)، ۶۹-۸۴.
- سهند، ب؛ زارع، ح؛ و فتی، ل. (۱۳۸۹). مقایسه حوزه های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی. *اعتیاد پژوهی*، ۱ (۱۱)، ۶۵-۸۲.
- سیه جانی، ل؛ اورکی، م؛ زارع، ح. (۱۳۹۲). طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف کنندگان متامفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۷)، ۶۶-۵۳.
- علیپور، ا؛ قربانی، ط؛ و فرزاد، و. ا. (۱۳۹۴). تفاوت های نمایه حافظه فعال، حافظه فعال شنیداری و حافظه فعال فضایی در سوء مصرف مواد کنندگان مواد مخدر، مواد محرک، تحت درمان متادون و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹ (۳۳)، ۹-۲۰.

- Aimee, M. T. (2008). An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support and maladaptive schema among incarcerated women (*Doctoral dissertation*), Akron: University of Akron. Retrieved from http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=akron1226697716
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ball SA. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-891.
- Ball, S. A. (2007). Cognitive-behavioural and schema-based models for the treatment of substance use disorders. In: Riso LP, du Toit PL, Siein DJ, Young JE, editors. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist*

- practitioner guide*. American Psychological Association; Washington, DC: pp. 111–138.
- Ball, S. A., Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72–83.
- Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883–891.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Beck, A.T., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1993) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- 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(3), 337–342.
- Burns, L. (2014). World Drug Report 2013 By United Nations Office on Drugs and Crime New York: United Nations, 2013ISBN: 978-92-1-056168-6, 151 pp. Grey literature. *Drug and Alcohol Review*, 33(2), 216-216.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165–182.
- De Kort, G., Vazirian, M., and Nassirimanesh, B. (2006). *Young People and Drugs — Towards a Comprehensive Health Promotion Policy — Tehran Report*, Asian Harm Reduction Network (AHRN).
- Dols, M., Hout, M. V. D., Kindt, M., & Willems, B. (2002). The urge to smoke depends on the expectation of smoking. *Addiction*, 97(1), 87-93.
- Dudley, W. (2015). *Synthetic drug addiction*. ReferencePoint Press, Inc.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the united states. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361–368.
- Halpern, J. H., Sherwood, A. R., Hudson, J. I., Gruber, S., Kozin, D., & Pope Jr, H. G. (2011). Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. *Addiction*, 106(4), 777-786.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105.
- Jones, B. T., Jones, B. C., Smith, H., & Copley, N. (2003). A flicker paradigm for inducing change blindness reveals alcohol and cannabis information processing biases in social users. *Addiction*, 98(2), 235-244.
- Lachenal-cherallt, K., Maunchand, P., Coutraux, J., Bouvard, M. Q., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 311-318.
- Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27, 309 – 317
- Martin, R. (2007) Substance abuse / addictive behaviour, & the counsellor's/ psychotherapists role. *Irish Association of Alcohol and Addiction Counsellors*, 37, 18-19.
- Masley, S. A, Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2011). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive behaviour therapy*, (November), 37-41.
- Mokri, A. (2002). Brief Overview of the Status of Drug Abuse in Iran. *Arch Iranian Med*, 5(3), 184–90.

- Nooripour, R., De Velasco, B. P., Zade Mohammadi, A., Ventegod, S., Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). Effectiveness of quality of life therapy on sexual self-efficacy and quality of life in addicted couples. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 9(1), 43-45.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215.
- Shaghaghay, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. *Addict Health*, 3(1-2), 45-52.
- Shorey, R. C., Anderson, S., Stuart, G. L. (2012). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 429-441.
- Shorey, R.C., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-Clinical Comparison Group. *Clin Psychol Psychother*, 21(1), 21-8.
- Shorey, R.C., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2015). The Relation between Trait Mindfulness and Early Maladaptive Schemas in Men Seeking Substance Use Treatment. *Mindfulness*, 6(2), 348-355.
- Shrivastava, A., Johnston, M., & tsuang, M. (2011). Cannabis use and cognitive dysfunction. *Indian J Psychiatry*, 53(3), 187-191.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema question native. *Cognitive Therapy and Research*. 25, 137-147.
- Waters, A. J., Shiffman, S., Bradley, B. P., & Mogg, K. (2003). Attentional shifts to smoking cues in smokers. *Addiction*, 98(10), 1409-1417.
- West, R. (2001) Theories of addiction. *Addiction*, 96, 3-15.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Brown, G. (2003). *Young schema questionnaire*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.