

## رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سنجی در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد

الهام کرمی<sup>1\*</sup>، هادی بهرامی<sup>2</sup>، علیرضا محمدی آریا<sup>3</sup>، علی اصغر اصغرنژاد فرید<sup>4</sup> و زهرا فخری<sup>5</sup>

دریافت مقاله: 91/10/1؛ دریافت نسخه نهایی: 92/4/15؛ پذیرش مقاله: 92/5/22

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سنجی در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری حدود 800 زن بی‌خانمان وابسته به مواد در مکان‌های مختلف شهر تهران بود. از میان این مکان‌ها مرکز گذری خانه خورشید و خوابگاه زنان تولد دوباره و تمام پارک‌های جنوب شهر تهران انتخاب شدند و به روش در دسترس 60 نفر به خرده-مقیاس جامعه‌سنجی نسخه دوم تجدیدنظر شده پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتای جیمز بوچر 1989 و نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ 1998 پاسخ دادند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد جامعه‌سنجی 73% از زنان بی‌خانمان وابسته به مواد بالا است و در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زیرمقیاس‌های ایثار بالاترین و در وابستگی/بی‌کفایتی پایین‌ترین نمره را دارند. به‌علاوه طرح‌واره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی با بیشترین و وابستگی/بی‌کفایتی با کمترین مقدار می‌تواند 35% از واریانس جامعه‌سنجی را پیش‌بینی کند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بروز اختلال‌های شخصیت و آسیب‌های روانی-اجتماعی این زنان، تمرکز بر این طرح‌واره‌ها در برنامه‌های درمانی به منظور ارتقاء سازگاری فردی، روانی، اجتماعی و رفع مشکل‌های ترک مواد می‌تواند بسیار مفید و کمک‌دهنده باشد.

**کلیدواژه‌ها:** زنان بی‌خانمان، جامعه‌سنجی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، وابسته به مواد

1. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران  
Email: E.karami80@yahoo.com

2. استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

3. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

4. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

5. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی

## مقدمه

بر پایه اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت (2001، نقل از نوربالا، 1390)، یکی از ده بیماری که در سال 1990 میلادی در جهان موجب بیشترین میزان ناتوانی در آدمیان شده، سوء مصرف مواد و الکل است؛ امروزه این آشفتگی به یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع بشری تبدیل گردیده است.

پژوهش کیفی در مورد تعیین مشکلات اجتماعی در اولویت ایران، از دید صاحب نظران با کاربرد روش دلفی نشان داد، 15 مشکل مورد اجماع افراد صاحب نظر است که اولین آن‌ها اعتیاد است. بنابراین اعتیاد به عنوان مهم‌ترین مشکل اجتماعی ایران تلقی شده است (رفیعی، مدنی قهفرخی و وامقی، 1387). اعتیاد با سه ویژگی جسمی، وابستگی روانی و تحمل دارویی مشخص می‌شود (روحی کریمی، فرهادی، میرجانی‌ا قدم، جعفری، موسویان و همکاران، 1390). مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است، به طوری که مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت عنوان کرده که در سال 1389 حدود 66% موارد گزارش شده آزمایش مثبت نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)<sup>1</sup>، به دلیل اعتیاد تزریقی بوده است (صابری زفرقندی، 1389).

در مورد اعتیاد زنان در مقایسه با مردان تفاوت‌هایی مشاهده شده است. از یک سو میزان مصرف تزریقی مواد در زنان کمتر از مردان (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و امین اسماعیلی، 1390)؛ و از سوی دیگر رفتارهای پرخطر در زنان برابر یا حتی بیشتر از مردان، به عنوان مثال مصرف سرنگ مشترک در زنان بیش از مردان است (رفیعی، نارنجی‌ها، شیرین بیان، نوری، جوادی پور و همکاران، 2009). در بررسی معتادان تزریقی شهر تهران، گزارش شده است که بیشتر زنان مصرف کننده تزریقی مواد در شرایط بد بهداشتی زندگی می‌کنند و برای ادامه زندگی دست به تن فروشی می‌زنند (رزاقی، رحیمی موقر، محمد و حسینی، 2003). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مصرف مواد در زنان به ویژه مصرف تزریقی با آسیب‌های دیگر اجتماعی مانند فرار از منزل و روسپی‌گری همراه است (اردلان، هلاکوبی نائینی، محسنی تبریزی و جزایری، 1381). اعتیاد در زنان - به ویژه زنان بی‌خانمان - وضعیت آن‌ها را از لحاظ اقتصادی وخیم‌تر می‌کند؛ لذا برای حمایت اقتصادی به مردان وابسته - تر می‌شوند و این موضوع باعث گسترش فحشا می‌شود (شایگان، 1390).

همچنین در زنان مصرف کننده مواد، احتمال وقوع بزهکاری و ارتکاب جرم بالا می‌رود؛ شایع‌ترین نوع بزهکاری آن‌ها، جرائم مالی نظیر سرقت از منزل و مغازه‌ها، حمل و توزیع مواد مخدر و روسپی‌گری است (جمشیدی منش، سلیمانی فر و حسینی، 1383). کارسون 2003 نقل

1. acquired immune deficiency syndrome (AIDS)

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سنجی در زنان ...

می‌کند؛ احتمال وقوع خشونت در زنان با مصرف مواد مخدر 6 برابر و با مصرف الکل تا 3 برابر افزایش می‌یابد (شایگان، 1390). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند افراد وابسته به دارو، دست کم از یک اختلال روانی دیگر نیز رنج می‌برند (صالحی، صالحی، فتوت، معتمدی، مرادی و ابراهیمی، 1391). به‌عنوان مثال گرایش‌های رفتاری جامعه‌سنجی در بسیاری از معتادان مشاهده شده است. نتایج یافته‌ی زیرمن و کوریل (1989، به نقل از ورهيوئل، 2001) نشان داد افراد مصرف‌کننده مواد 17/2 مرتبه بیشتر احتمال دارد که همزمان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز باشند. پژوهش رضایی، حیدری‌پور و قدمی (2012) نشان داد که افراد معتاد همچنین دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند؛ مثلاً آن‌ها احساس می‌کنند دیگران نسبت به آن‌ها بی‌اعتماد و بدرفتارند و یا این‌که آن‌ها را رها خواهند کرد. یانگ 2003 مطرح کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با سوءاستفاده از مواد ارتباط داشته باشد، چرا که تصور می‌شود سوءاستفاده مواد یکی از راهبردهای کنار آمدن است که افراد احتمالاً آن را برای اجتناب از عواطف منفی به‌کار می‌گیرند که به‌وسیله طرحواره‌های ناسازگار راه‌اندازی می‌شود (راپر، دیکسون، تین‌ول، بوس و مک‌گویر، 2009).

همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند با اختلال‌های شخصیت (ازجمله جامعه‌سنجی) ارتباط داشته باشد، چرا که عقاید اساسی ناسازگار، نتایج اختلال شدید شخصیت هستند و یا این‌که این عقاید هسته‌ای ناسازگار، موجب رشد اختلال‌های شخصیت می‌شوند (ریوز و تیلور، 2007). نتایج پژوهش بال، کوب‌ریچاردسون، کونولی، بوجوسا و اونیل (2005) نشان داد که بیشترین طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادان بی‌خانمان به‌ترتیب شامل طرحواره‌های ایثار، انزوای اجتماعی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، بازداری هیجانی و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و کمترین طرحواره‌ها شامل وابستگی/ بی‌کفایتی و خود تحول نیافته گرفتار است. نتایج بررسی رضایی و همکاران (2012) نیز در معتادان مرد نشان داد 14% آن‌ها اختلال شخصیت ضداجتماعی و طرحواره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی<sup>1</sup> و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری<sup>2</sup> داشتند. زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی (1390) در پژوهش خود دریافتند که طرحواره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی<sup>3</sup>، انزوای اجتماعی/ بیگانگی<sup>4</sup>، استحقاق/ خودبزرگ‌بینی<sup>5</sup>، خویشتن-خویششن‌داری و خودانضباطی ناکافی<sup>6</sup>، ایثار<sup>7</sup>، پذیرش/ جلب‌توجه<sup>1</sup>، معیارهای سرسختانه/ عیب-

1. abandonment/instability
2. mistrust/abuse
3. emotional deprivation
4. social Isolation /alienation
5. entitlement /grandiosity
6. insufficient self-control & self-discipline
7. self-sacrifice

جویی<sup>2</sup> و تنبیه<sup>3</sup> در افراد معتاد در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر از سایر طرحواره‌ها است. همچنین نتایج ارزشیابی شاری، آندرسون و استارت (2012) نشان داد نمره‌های زنان معتاد به‌طور با اهمیتی در 18-14 طرحواره از بالاتر از مردان است و نیز 4 طرحواره به‌طور خاص بین دو جنس متداول است. در پژوهش دیگری از شاری و استارت و آندرسون (2012) مشخص شد، تمامی 18 طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی ناکافی در سطوح متفاوت بین زنان و مردان بیمار تصدیق شده است و در مجموع زنان به‌طور با اهمیتی نمره‌های بالاتری از مردان در 18-11 طرحواره گرفتند. نتایج آزمایش راپر و همکاران (2009) نیز در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به الکل و افراد عادی نشان داد گروه‌ها در 15-6 عقیده طرحواره‌ای تفاوت با اهمیتی داشتند. همچنین در مورد رابطه جامعه‌ستیزی و مصرف مواد فرضیه توصیفی چهار وجهی از افراد جامعه‌ستیز وجود دارد که مشکلات آن‌ها را در 4 زمینه بین فردی، عاطفی، سبک زندگی، رفتارهای ضداجتماعی نشان می‌دهد (آبوت، 2007). همسو با این نتایج، والش، آلن و کوسان (2007) به این نتیجه دست یافتند که بیشترین رابطه مربوط به اختلال سوءمصرف مواد و رفتارهای تکانشی و غیرمسئولانه جامعه‌ستیزی است. مطالعات مروری معتبر، شیوع اختلال‌های شخصیت را در افراد وابسته به مواد 34% تا 100% و برای اختلال شخصیت ضداجتماعی به‌تنهایی 7% تا 55% برآورد می‌کند (ولچ، 2006). از طرفی به‌نظر می‌رسد بیماری‌هایی که به‌طور همزمان اختلال سوءمصرف مواد و اختلال‌های روانپزشکی دارند از لحاظ پیش‌آگهی درمانی در وضعیت وخیم‌تری به‌سر می‌برند. در این زمینه، پژوهش ماگی، گیووانلی، بری، موس و موس (2010)، نشان داد بیماران با سوءاستفاده مواد و اختلالات روانپزشکی احتیاج به منابع درمانی بیشتری دارند تا کارکرد آن‌ها شبیه به افرادی شود که اختلال سوءمصرف مواد به‌تنهایی دارند. ریشه‌های آسیب‌های اجتماعی و به‌ویژه اعتیاد مسأله‌ای است که کم و بیش به آن پرداخته شده است اما در مورد ریشه‌های آسیب‌های زنان بی‌خانمان معتاد پژوهش‌ها اندک است. لذا پژوهش حاضر راجع به طرحواره‌های ناسازگار اولیه این گروه که زیربنای آن را نگرش‌های نادرست نسبت به‌خود، محیط و جامعه تشکیل می‌دهد و نیز برآورد میزان ویژگی شخصیتی جامعه‌ستیزی در این قشر می‌تواند ما را به شناخت بیشتر و راه‌کارهای درمانی جدیدتری رهنمون شود. فرضیه‌ها پژوهش حاضر از این قرارند:

1. میزان جامعه‌ستیزی در زنان وابسته به مواد بی‌خانمان بالا است.
2. میزان همه طرحواره‌های ناسازگار در زنان وابسته به مواد بی‌خانمان بالا است.

- 
1. approval-seeking / recognition-seeking
  2. unrelenting standards / hypercriticalness
  3. panitiveness

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌ستیزی در زنان ...

3. تمام زیرمقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با جامعه‌ستیزی در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد رابطه دارد.

## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل تمام زنانی بود که اولاً وابسته به مواد بودند، یعنی مشکل سوءمصرف و یا مصرف تفنی نداشتند و ثانیاً حداقل دو ماه بی‌خانمان بودند. با توجه به این که حجم جامعه آماری حدود 800 نفر بود، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس برای انتخاب نمونه، 25 نفر زن وابسته به مواد از خانه خورشید و خوابگاه زنان تولد دوباره در شهر تهران و 35 نفر از تمام پارک‌های جنوب شهر تهران و در کل 60 نفر انتخاب شدند. برای برخی از آزمودنی‌ها که سواد و یا توانایی تکمیل کردن پرسشنامه‌ها را به‌تنهایی نداشتند، سؤال‌ها توسط آزمونگر یک به یک خوانده و سپس علامت‌گذاری شد.

## ابزارهای پژوهش

1. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ<sup>1</sup>. زیر مجموعه‌ای با 75 ماده از 205 ماده نسخه اصلی است که در سال 1998 به‌وسیله یانگ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساخته شد (دیوانداری، آهی، اکبری و مهدیان، 1388). این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی و به‌صورت 1 تا 6، به این ترتیب که کاملاً درست = 6، تقریباً درست = 5، اندکی درست = 4، بیشتر درست تا غلط = 3، تقریباً غلط = 2، کاملاً غلط = 1 پاسخ داده می‌شود. در اولین پژوهش جامع یانگ، کلسکو و ویشار 1986 در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آن برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از 0/83 تا 0/96 و ضریب بازآزمایی آن را در جمعیت غیر بالینی بین 0/53 تا 0/82 به‌دست آوردند (زرگر و همکاران، 1390). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ 0/87 به‌دست آمد. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی، محمدی‌فر و بشارت (1386) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفت و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در زنان 0/97 و در مردان 0/98 به‌دست آمد. همچنین میزان روایی زیرمقیاس‌های نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ با خرده‌مقیاس‌های آزمون فهرست تجدیدنظر شده 25 سوالی نشانگان مرضی<sup>2</sup> که توسط نجاریان و داوودی (1380) اعتباریابی شده است دامنه‌ای از 0/09 تا 0/49 دارد (آهی و همکاران، 1386). فاتحی‌زاده و عباسیان (1382) نیز در پژوهش خود، روایی آزمون طرحواره‌های ناسازگار یانگ را به روش همبستگی با آزمون باورهای

1. Young schema questionnaire (YSQ)

2. symptom check list 25 (SCL25)

غیرمنطقی 0/34 محاسبه کردند. این آزمون دارای پنج حوزه طرحواره‌ای و در کل 15 طرحواره زیر است: 1. بریدگی و طرد<sup>1</sup> شامل رهاشدگی/بی‌ثباتی (سؤال‌های 6، 7، 8، 9، 10)، بی-اعتمادی/بدرفتاری (سؤال‌های 11، 12، 13، 14، 15)، محرومیت هیجانی (سؤال‌های 1، 2، 3، 4، 5)، نقص/شرم<sup>2</sup> (سؤال‌های 25، 24، 23، 22، 21)، انزوای اجتماعی/بیگانگی (سؤال‌های 20، 19، 18، 17، 16) است. 2. خودگردانی و عملکرد مختل<sup>3</sup> شامل وابستگی/بی‌کفایتی (سؤال‌های 35، 34، 33، 32، 31)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری<sup>4</sup> (سؤال‌های 40، 39، 38، 37، 36)، خود تحول‌نیافته/گرفتار<sup>5</sup> (سؤال‌های 45، 44، 43، 42، 41) شکست (سؤال‌های 30، 29، 28، 27، 26) است. 3. محدودیت‌های مختل<sup>6</sup> شامل استحقاق/خودبزرگ‌بینی (سؤال‌های 70، 69، 68، 67، 66)، خویش‌تن‌داری و خود-انضباطی ناکافی (سؤال‌های 75، 74، 73، 72، 71) است. 4. دیگر جهت‌مندی<sup>7</sup> شامل اطاعت<sup>8</sup> (سؤال‌های 50، 49، 48، 47، 46)، ایثار (سؤال‌های 55، 54، 53، 52، 51) است. 5. گوش به زنگی بیش از حد و بازداری<sup>9</sup> شامل بازداری هیجانی (سؤال‌های 60، 59، 58، 57، 56)، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی (سؤال‌های 65، 64، 63، 62، 61) است (یانگ، کلوسکو و ویشار، 1386). در هر طرحواره، نمره‌ها می‌تواند بین 5 تا 30 باشد. در مطالعه حاضر نمره‌های بالاتر از میانگین آزمودنی‌ها که شامل نمره‌های 20 و بالاتر از آن بود به‌عنوان طرحواره با نمره بالا در نظر گرفته شد.

**2. خرده‌مقیاس جامعه‌ستیزی از دومین نسخه پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا<sup>10</sup>.** پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا برای اولین بار به‌وسیله هاتاوی و مک‌کین‌لی در سال 1943 و نسخه دوم آن در سال 1989 به سرپرستی جیمز بوچر تدوین شد. این پرسشنامه با روش کلیدیایی تجربی ساخته شد و دارای 9 مقیاس روایی و 10 مقیاس بالینی است (گراهام، 1378). ضریب پایایی مقیاس‌های آزمون اصلی را با روش دو نیمه‌کردن بین 0/70-0/80 و ضرایب همبستگی مقیاس‌ها را از راه بازآزمایی بین 0/50-0/90 برآورد شده است (داوران، کافی‌ماسوله، مداح، ابراهیمی‌فرد، داوران و همکاران، 1391). این آزمون در ایران توسط براهنی، اخوت، شاملو و نوع‌پرست، 1354 برای استفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران

1. disconnection & rejection
2. defectiveness & shame
3. impaired autonomy and performance
4. vulnerability to harm or illness
3. enmeshment & undeveloped self
6. impaired limits
7. other-directedness
8. subjugation
9. overvigilance / Inhibition
10. Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI-2)

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌ستیزی در زنان ...

هنجاریابی شد و میزان روایی خرده‌مقیاس جامعه‌ستیزی (مقیاس 4 پرسشنامه) با خرده‌مقیاس‌های آزمون فهرست تجدیدنظرشده نشانگان مرضی 90 سوالی<sup>1</sup>، دامنه‌ای از 0/20 تا 0/59 دارد (دهقانی، عاشوری، حبیبی‌عسکرآباد و خطیبی، 1389). مقیاس جامعه‌ستیزی شامل 50 سؤال است و به‌منظور شناسایی بیمارانی که شخصیت جامعه‌ستیز دارند به کار می‌رود (گراهام، 1378). نمره‌گذاری آن با استفاده از کلید آزمون است. نمره برش بالای 65 به‌عنوان نمره بالا، نمره 50-65 به‌عنوان نمره متوسط و نمره زیر 50 به‌عنوان نمره پایین در جامعه‌ستیزی تلقی می‌شود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس 0/88 به‌دست آمد.

### یافته‌ها

ماده مصرفی غالب زنان بی‌خانمان وابسته به مواد، شیشه بود؛ به‌طوری‌که 52 نفر از آن‌ها یا به‌تنهایی شیشه و یا مواد مصرفی دیگری را که اغلب شیشه و هرویین بود مصرف می‌کردند. میانگین سن 53 نفر از آنان 38/91 با دامنه سنی 22 تا 57 سال بود. 7 نفر سن خود را اعلام نکردند. تنها یک ششم از آنان همسر داشتند که آن هم با افرادی مثل خودشان عقد موقت کرده و بقیه همگی مطلقه، بیوه و یا در حال متارکه بودند و فرد مجرد و دوشیزه در آن‌ها وجود نداشت. از نظر سطح تحصیلات نیز 42 نفر یا بی‌سواد یا تا مقطع راهنمایی و 13 نفر نیز تا مقطع متوسطه درس خوانده بودند. 5 نفر نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول 1. سطح جامعه‌ستیزی زنان بی‌خانمان وابسته به مواد

سطح جامعه‌ستیزی	فراوانی	درصد
پایین	2	3/33
متوسط	14	23/33
بالا	44	73/33

در جدول 1 ملاحظه می‌شود سطوح جامعه‌ستیزی اکثر زنان مورد مطالعه بالا است. نتایج آزمون فرضیه اول نشان داد دامنه نمره‌های جامعه‌ستیزی زنان بی‌خانمان وابسته به مواد برحسب نمره برش بین 45 تا 94 است. حدود 50% نمره‌ها بین 68 تا 76 با میانگین 70/27 و انحراف استاندارد 10/29 بود.

نتایج آزمون فرضیه دوم نشان داد به‌طورکلی همه طرحواره‌های ناسازگار در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد بالا است؛ بالاترین میانگین مربوط به زیرمقیاس‌های ایثار (25/77) و پایین‌ترین میانگین مربوط به زیرمقیاس‌های وابستگی / بی‌کفایتی (16/63) و خود تحول‌نیافته / گرفتار

1. symptom chek list 90 (SCL90)

(16/95) بود. دامنه نمره‌های اکثر مقیاس‌ها متناسب با دامنه نظری از 5 تا 30 بود. بعد از زیرمقیاس ایثار گروه مورد مطالعه به ترتیب در زیر مقیاس‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی (24/25)، محرومیت‌هیجانی (23/85)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (23/48)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (23/45) و بازداری هیجانی (21/82) نمره‌های بالاتری را کسب کردند. نتایج نشان داد که اکثر زیرمقیاس‌ها از همبستگی متوسط و برخی از همبستگی متوسط به بالا برخوردار بودند، اما برخی از زیرمقیاس‌ها بر اساس داده‌های این گروه نمونه از همبستگی پایینی برخوردار بودند. به جز دو مورد (همبستگی بین ایثار و وابستگی/ بی‌کفایتی =  $0/01$ - و همبستگی بین ایثار و خویش‌داری/ خودانضباطی =  $0/001$ ) که صفر یا در حد صفر است، سایر همبستگی‌ها از  $0/05$  شروع و تا  $0/61$  گسترش داشت. با توجه به حجم نمونه 60 نفری همبستگی‌های بالاتر از  $0/25$  در سطح  $0/05$  به پایین معنادارند. بر این اساس اکثر ضرایب همبستگی مثبت و به لحاظ آماری معنادارند. برای تحلیل دقیق‌تر از جامعه‌ستیزی به‌عنوان متغیر ملاک و از نمره‌های 15 طرحواره در نقش متغیرهای پیش‌بین استفاده شد. همبستگی بین زیرمقیاس انزوای اجتماعی/ بیگانگی و جامعه‌ستیزی  $0/35$  و بالاترین ضریب همبستگی در سطح معناداری زیر  $0/05$  بود. ضرایب همبستگی بین جامعه‌ستیزی با ایثار،  $0/30$  و با خویش‌داری/ خودانضباطی  $0/25$  در سطح معناداری زیر  $0/05$  بود. اما سایر ضرایب همبستگی معنادار نبودند. از آنجا که این همبستگی‌های درونی ممکن است نقش بازدارنده برای یکدیگر داشته باشد، به این منظور از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد تا مشخص شود کدام یک از زیرمقیاس‌ها می‌تواند اثر اصلی بر جامعه‌ستیزی با کنترل سایر متغیرها داشته باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی



**جدول 2. ضرایب رگرسیون و معناداری آن‌ها در چهار گام ورود به معادله**

گام‌ها	متغیرها	ضریب استاندارد نشده رگرسیون	خطای استاندارد برآورد	ضریب استاندارد شده رگرسیون	t	همبستگی تفکیکی
1	انزوای اجتماعی	0/62	0/22	0/35	2/85	0/35
2	انزوای اجتماعی	0/86	0/23	0/49	3/74*	0/44
	معیارهای سرسختانه	-0/64	0/26	-0/32	-2/445	-0/31
3	انزوای اجتماعی	0/73	0/23	0/42	3/20	0/39
	معیارهای سرسختانه	-0/74	0/27	-0/37	-2/88	-0/36
	اطاعت	0/35	0/16	0/27	2/15	0/28
4	انزوای اجتماعی	0/86	0/22	0/47	3/73*	0/45
	معیارهای سرسختانه	-0/78	0/24	-0/39	-3/19	-0/40
	اطاعت	0/58	0/18	0/44	3/24	0/40
	وابستگی	-0/44	0/17	-0/34	-2/60	-0/33

\*P<0/05 \*\*P<0/01

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در جدول 2 نشان داد از میان 15 طرحواره، طرحواره‌های انزوای اجتماعی/ بیگانگی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی، اطاعت و وابستگی/ بی-کفایتی می‌توانند در نقش متغیرهای پیش‌بین تقریباً 35% از واریانس جامعه‌سنجی را پیش‌بینی کنند. نتایج تحلیل رگرسیون تا حد زیادی با نتایج حاصل از ضرایب همبستگی مرتبه صفر متفاوت است. نکته جالب این که در تحلیل رگرسیون طرحواره‌های معیارهای سرسختانه/ عیب-جویی افراطی و وابستگی به گونه منفی جامعه‌سنجی را پیش‌بینی می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های توصیفی نشان داد که تمام زنان بی‌خانمان معتاد، بیوه و متأهل هستند، قاسمی‌روشن (1382) نیز در پژوهش خود به همین مساله اشاره کرده است که در اعتیاد، تعداد زنان متأهل بیش از دختران است و عامل اصلی این موضوع اعتیاد شوهران است. این پژوهش نشان داد میزان جامعه‌سنجی در زنان وابسته به مواد بی‌خانمان بالاست. تکانش‌گری یک نشانه شاخص اعتیاد دارویی و یک ویژگی مهم اختلال‌های برون‌سازی مثل جامعه‌سنجی است که به‌طور معمول با اعتیاد دارویی همبود<sup>1</sup> است (جاسمین، استفان، ایلین، راول و لورا<sup>2</sup>، 2011). والش و همکاران (2007) نشان دادند بین اختلال سوء‌مصرف مواد و رفتارهای تکانشی و غیرمسئولانه

1. comorbid

2. Jasmin, Stefan, Eileen, Raul & Laura.

جامعه‌سنجی بیشترین رابطه را دارند. طبق نتایج بال و همکاران (2005) اختلال شخصیت ضداجتماعی با نرخ 47% در معتادان بی‌خانمان وجود دارد. در بررسی اختلال‌های شخصیت در معتادان به مواد مخدر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های متادون در سال 1385، شاکری، حسینی، جلیلیان و شرفی پژوهشی انجام دادند که نشان داد اختلال شخصیت ضداجتماعی با 38/6% در هر دو جنس وجود دارد (انصاری، غرابی، افسر کازرونی، 1388).

رضایی و همکاران (2012) دریافتند اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان 14% است. در این پژوهش‌ها همگی به وجود جامعه‌سنجی اشاره می‌کنند، اما در پژوهش حاضر جامعه‌سنجی در زنان معتاد بی‌خانمان از موقعیت ویژه‌ای برخوردار بود. نظریه‌های روان‌شناختی در تبیین سبب‌شناسی سوءمصرف مواد، عدم انسجام شخصیتی، جامعه‌پذیری نامناسب، عدم تعهد و مسئولیت‌پذیری (یانگ و همکاران، 1386) و نیز عدم اعمال محدودیت‌های منطقی برای خود و تکانش‌گری (ورهیوئل، 2001) را از جمله عوامل مستعدکننده برای سوءمصرف می‌دانند. با مقایسه یافته‌های پژوهش‌های دیگر با این پژوهش که اختصاص به زنان وابسته به مواد بی‌خانمان داشت، در یک نگاه می‌توان دریافت که جامعه‌سنجی در زنان معتاد بی‌خانمان درصد بسیار بالاتری را دارد؛ صرف‌نظر از مقدار جامعه‌سنجی اولیه (قبل از اعتیاد و بی‌خانمانی)، احتمالاً به تدریج در این افراد به‌خاطر شرایط زندگی نامطلوب جامعه‌سنجی بیشتری رشد کرده است و یا این‌که زندگی در چنین شرایطی این چنین خصوصیتی را بیشتر می‌طلبد. زندگی با شرایط دشوار بی‌خانمانی، مستلزم هنجارشکنی، درآوردن خرج سنگین روزانه مواد از هر طریقی منجمله روسپی‌گری، گدایی، جمع‌آوری ضایعات، خرید و فروش مواد، دوره‌گردی، دزدی و جزآن از یک سو، و درگیری روزانه با پلیس، سابقه‌های متعددتر زندان به نسبت معتادان دیگر، تحمل فضاهای خشونت‌آمیز گداخانه‌ها، اردوگاه‌های اجباری و رفتارهای بد خانواده، اطرافیان و حتی نگرش بسیار منفی مردم اجتماع دست‌کم به‌خاطر ظاهر ناپسند آن‌ها از سوی دیگر؛ این افراد را مجبور می‌کند برای گذران زندگی تاوان شدیدتری بپردازند و بدون این‌که متوجه باشند هرروز بیشتر در آن غرق شوند در واقع زندگی این افراد، زندگی در قلّه جامعه‌سنجی است.

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از بالا بودن تمامی طرحواره‌ها در زنان وابسته به مواد بی‌خانمان بود، به‌گونه‌ای که آن‌ها در 8 طرحواره نمره بالای 20 کسب کردند. جالب این‌که این یافته با نتایج پژوهش بال و همکاران (2005) که در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان بی‌خانمان انجام شده است از لحاظ کمترین و بیشترین طرحواره‌ها کاملاً مطابقت می‌کند: نتایج آن‌ها هم نشان می‌دهد بیشترین طرحواره‌های معتادان بی‌خانمان به‌ترتیب ایثار، انزوای اجتماعی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، بازداری هیجانی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری و کمترین طرحواره‌ها هم وابستگی/بی‌کفایتی و خود تحول‌نیافته گرفتار است. نتایج پژوهش

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌ستیزی در زنان ...

رضایی و شمس‌علیزاده (2011) نشان داد که افراد معتاد با اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی، طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری بالا داشتند؛ نتایج پژوهش زرگر و همکاران (1390) نیز نشان داد که طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، استحقاق/خودبزرگ‌بینی، خویش‌تن‌داری و خودانضباطی ناکافی، ایثار، پذیرش/جلب‌توجه، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی و تنبیه در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر از سایر طرحواره‌ها است. یافته‌های این پژوهش در 6 طرحواره با پژوهش حاضر همخوان است. براتچی، میر، کاپلو، کیدنی و والر (2004) دریافتند بالاترین سطح آسیب شناختی نسبت به معتادان دیگر در سوءاستفاده‌کنندگان الکل دیده می‌شود که نمره‌های بالایی در طرحواره‌های بازداری هیجانی، اطاعت و آسیب‌پذیری در مقابل درد را کسب کردند که در پژوهش حاضر تنها طرحواره بازداری هیجانی همسو با مطالعه براتچی و همکاران (2004) بود.

دکولیر، گرازیانی، جکی‌رالدی، روسینک و هانکتیت<sup>1</sup> (2002) با مقایسه نمره‌های 46 بیمار وابسته به الکل با گروه گواه غیر الکل دریافتند گروه بالینی الکل، نمره‌های بالاتری را تقریباً در همه طرحواره‌ها به ویژه خویش‌تن‌داری ناکافی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، ایثار و رهاشدگی/بی‌ثباتی به‌عنوان موارد خاص با اهمیت توصیف کردند که باز هم پژوهش حاضر در همه موارد جز طرحواره خویش‌تن‌داری ناکافی با یافته پژوهش دکولیر و همکاران (2002) همسو است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بین طرحواره‌های افراد بی‌خانمان وابسته به مواد با طرحواره‌های افراد باخانمان وابسته به مواد تفاوت‌ها و شباهت‌هایی وجود دارد؛ اما جالب این‌که در تنها پژوهشی که راجع به افراد بی‌خانمان وابسته به مواد یافت شد، نتایج طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نتایج پژوهش حاضر یکسان بود.

طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی مربوط به حیطة بریدگی و طرد هستند. به اعتقاد یانگ طرحواره‌های این حیطة در خانواده‌های سرد و بی‌عاطفه، مضایقه‌گر، تندخو و غیرقابل پیش‌بینی به‌وجود می‌آید. همان‌طور که ریز و ویلبرن (1983؛ نقل از زرگر و همکاران، 1390) بیان کرده‌اند، یکی از سبک‌های رایج در والدین افراد وابسته به سوءمصرف مواد، کم‌عاطفه بودن، کنترل‌گرایی افراطی و تندخویی است که می‌تواند فرد را برای گرایش به مواد در سنین نوجوانی و جوانی مستعد کند. یکی از تبیین‌های احتمالی پژوهش حاضر این است که با توجه به گذشته نامساعد و بحران‌های زندگی این زنان و محرومیت‌هایی که آن‌ها در زندگی خود و شرایط زندگی بی‌رحمی که در خارج از خانه و بی‌خانمانی تجربه کرده‌اند تجربه‌هایی مانند بی‌اعتمادی حتی به نزدیک‌ترین اطرافیان، خیانت، رهاشدگی از جانب نزدیکان، احساس مورد سوءاستفاده قرار گرفتن و قربانی‌شدن در زندگی، احساس تفاوت داشتن با

1. Decouvelaere, Graziani, Gackiere-Eraldi, Rusinek & Hautekeete

دیگران بوده است، که طرحواره‌هایی مثل رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و بازداری هیجانی را در آنان شکل داده است.

تبیین احتمالی دیگر این است که در خانواده‌هایی که کودکان حمایت اجتماعی لازم را دریافت نمی‌کنند، ممکن است به روابط با دیگران و هنجارهای اجتماعی بی‌توجه باشند و استحقاق/ خودبزرگ‌بینی در آن‌ها رشد کند یا این‌که به خواسته‌های دیگران بیش از حد اهمیت دهند و نیازهای خود را نادیده بگیرند و ایثار و معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی در آن‌ها رشد یابد (زرگر و همکاران، 1390). نتایج این پژوهش نشان داد که همبستگی بین اکثر زیرمقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه متوسط و یا متوسط به بالا است. در تبیین این یافته می‌توان خاطر نشان کرد احتمالاً برخی طرحواره‌ها نسبت به هم اثر معکوس دارند و باعث خنثی کردن اثر یکدیگر می‌شوند از طرفی برخی از آن‌ها با هم همخوانی و همبستگی دارند. نتایج نشان داد که در کل طرحواره‌های انزوای اجتماعی، معیارهای سرسختانه، اطاعت و وابستگی می‌توانند جامعه‌ستیزی را پیش‌بینی کنند. این یافته تنها با نتایج پژوهش رضایی و همکاران (2012) همخوان بود. این پژوهشگران دریافتند معتادان با اختلال شخصیت ضداجتماعی طرحواره‌های رهاشدگی و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری دارند. ریوز و تیلور (2007) نشان دادند خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی با اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتباط دارد. نوردال، هالت و هوگوم (2005) نیز نشان دادند بیماران با اختلال شخصیت ضداجتماعی، اسکیزوپسید و اسکیزوتایپال، با هیچ‌یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط ندارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد معتاد دارای اختلال شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار متفاوت با افراد غیرمعتاد دارای اختلال شخصیت دارند. احتمالاً افراد بی‌خانمان جامعه‌ستیز، به تدریج احساس متفاوت بودن با دیگران و انزوا و بیگانگی می‌کنند، آن‌ها به خاطر خصوصیت جامعه‌ستیزی و نحوه زندگی‌شان با مراجع قدرت مشکل دارند که در طرحواره اطاعت مشخص می‌شود. ارتباط منفی بین وابستگی و معیارهای سرسختانه با جامعه‌ستیزی در این پژوهش، می‌تواند به این خاطر باشد که خصوصیت جامعه‌ستیزی و شرایط زندگی بی‌خانمانی در این زنان با وابستگی و معیارهای سرسختانه داشتن در آن‌ها متناقض است که البته ورهيوئل (2001) هم در علل سوءمصرف مواد بیان می‌کند که نداشتن محدودیت‌های زندگی و تکانش‌گری منجر به رفتارهای موادجویی می‌شود.

می‌توان به‌عنوان نتیجه‌گیری کلی پژوهش عنوان کرد که در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد اختلال شخصیتی جامعه‌ستیزی و نیز همه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌طور کلی بالا است اما از بین این طرحواره‌های ناسازگار، طرحواره ایثار، معیارهای سرسختانه، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، بازداری هیجانی و استحقاق/

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سستیزی در زنان ...

خودبزرگ‌بینی از همه بالاتر هستند که این مسأله نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب‌تر آن‌ها در این طرحواره‌هاست. بین اختلال شخصیتی جامعه‌سستیزی و نیز زیرمقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز ارتباط معناداری دیده شد به طوری که ملاحظه شد طرحواره‌های انزوای اجتماعی، معیارهای سرسختانه، اطاعت و وابستگی می‌توانند بخشی از واریانس جامعه‌سستیزی را پیش‌بینی کنند. همچنین در این پژوهش دریافتیم که بین خود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز ارتباط وجود دارد به این ترتیب که همبستگی بین بیشتر زیرمقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه متوسط و یا متوسط به بالا بود. بنابراین این یافته‌ها بسط نتایج پژوهش‌های گذشته به شمار می‌رود با توجه به اهمیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز اختلال‌های شخصیت و آسیب‌های روانی - اجتماعی این زنان، تمرکز بر این طرحواره‌ها در برنامه‌های درمانی به منظور ارتقاء سازگاری فردی، روانی، اجتماعی و رفع مشکل‌های ترک مواد می‌تواند بسیار مفید و کمک‌دهنده باشد.

در نهایت، پیشنهاد می‌شود در مداخله‌های درمانی زنان بی‌خانمان وابسته به مواد، با توجه به میزان بالای جامعه‌سستیزی‌شان و همچنین نمره بالا در طرحواره‌های ناسازگار مورد توجه بیشتری قرار گیرند که در جهت بهبود وضعیت این افراد کمک‌کننده باشد و نیز پیشنهاد می‌شود دولت به جای اردوگاه‌های اجباری، انتقال به گداخانه‌ها، رفتار غیرانسانی، مراکز گذری بی‌حد و حساب که به جای درمان اعتیاد، خصوصیت جامعه‌سستیزی بیشتری را در آن‌ها رشد می‌دهد، مراکزی به عنوان بازپروری یا بازتوانی اعتیاد بر مبنای رفتار انسانی، آموزش مهارت‌های زندگی، مددکاری اجتماعی و پیوند سالم با اجتماع و خانواده، آموزش کار و حرفه تأسیس کند تا به بازتوانی این قشر آسیب‌دیده که تعداد قابل توجهی از آنان قربانی مخاطره‌های زندگی شده‌اند به‌طور اصولی و زیربنایی کمک شود.

## منابع

آهی، قاسم، محمدی‌فر، محمدعلی، و بشارت، محمدعلی. (1386). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. 37(3): 20-5.

اردلان، علی، هلاکوی‌نائینی، کورش، محسنی‌تبریزی، علیرضا، و جزایری، علیرضا. (1381). ارتباط جنسی برای بقا: پیامد فرار دختران از منزل. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. 5(3): 187-220.

انصاری، سارا، غرائی، بنفشه، و افسر کازرونی، پروین. (1388). *بررسی اختلال‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و HIV مثبت در زنان روسپی و سوءاستفاده‌کنندگان مواد*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- جمشیدی‌منش، منصوره، سلیمانی‌فر، پروین، و حسینی، فاطمه. (1383). ویژگی‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زنان معتاد زندانی. *فصلنامه پرستاری ایران*. 17(4): 48-55.
- داوران، مریم، کافی‌ماسوله، موسی، مداح، محسن، ابراهیمی‌فرد، سودابه، داوران، شیوا، سلطانی، شال‌رضا، و ثاقبی‌سعیدی، کرامه. (1391). ارتباط نمایه توده بدنی (BMI) با ویژگی‌های روان-شناختی (بر اساس MMPI-2) در مبتلایان به چاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. 21(82): 15-23.
- دهقانی، محسن، عاشوری، احمد، حبیبی‌عسکرآباد، مجتبی، و خطیبی، میرعلی. (1389). هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا. *مجله روان‌شناسی*. 55(3): 299-318.
- دیوانداری، حسن، آهی، قاسم، اکبری، حمزه، و مهدیان، حسین. (1388). فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر سال تحصیلی 85-86. *پژوهشنامه تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد*. 20(3): 103-133.
- رحیمی‌موقر، آفرین، ملایری‌خواه لنگرودی، زهرا، دلبرپوراحمدی، شهناز، و امین‌اسماعیلی، معصومه. (1390). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. 17(2): 116-125.
- رزاقی، عمران‌محمد، رحیمی‌موقر، آفرین، محمد، کاظم، و حسینی، مهدی. (2003). مطالعه کیفی رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز در معتادان تزریقی تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت عمومی*. 2(6): 1-10.
- رفیعی، حسن، مدنی‌قهفرخی، سعید، وامقی، مروثه. (1387). مشکلات اجتماعی در اولویت ایران. *انجمن جامعه‌شناسی ایران*. 9(1-2): 184-208.
- روحی‌کریمی، تاجارا، فرهادی، محمدحسین، میرجانی‌اقدام، اکبر، جعفری، فیروزه، موسویان، سیدمحمدهادی، فرهودیان، علی، توکلی، محمود، و رضویه، اصغر. (1390). مقایسه تلقین-پذیری در افراد وابسته به مواد افیونی و افراد عادی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد*. 12(5): 58-64.
- زرگر، محمد، کاکاوند، علیرضا، جلالی، محمدرضا، و صلواتی، مژگان. (1390). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه‌افیونی و افراد بهنجار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. 5(1): 84-96.
- شایگان، اسحاق. (1390). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *دو فصلنامه پلیس زن*. 5(1): 30-42.
- صابری زفرقندی، محمدباقر. (1390). برخی از چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. *فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. 17(2): 157-161.

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌ستیزی در زنان ...

صالحی، بهمن، صلحی، حسن، فتوت، امیررضا، معتمدی، درخشنده، مرادی، شیرین، و ابراهیمی، سمیه. (1391). مقایسه اختلالات روان‌پزشکی خانواده‌های معتادین به تریاک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراجعین به سازمان انتقال خون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. 15(3): 32-38.

فاتحی‌زاده، مریم، و عباسیان، حمیدرضا. (1382). *هنجاریابی فرم کوتاه آزمون طرحواره‌های شناختی بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی. دانشگاه اصفهان.  
قاسمی‌روشن، ابراهیم. (1382). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان (مطالعات راهبردی زنان)*. 6(4): 130-151.

گراهام، جان‌رابرت. (1378). *ارزشیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی (راهنمای MMPI-2)*. ترجمه حمید یعقوبی و موسی کافی‌ماسوله. انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: 1993).

نجاریان، بهمن، و داوودی، ایران. (1380). ساخت و اعتباریابی SCL-25: (فرم کوتاه‌مدت SCL-R). *مجله روان‌شناسی*. 5(2): 149-136.

نوربالا، احمدعلی. (1390). سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. *فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (ویژه‌نامه)*. 17(2): 151-156.

یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، و ویشار، مارگوری. (1386). *طرحواره درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. انتشارات ارجمند. تهران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: 1950).

- Abbott, A. (2007). Scanning Psychopats. *Journal of Nature publishing group*, 7172(450): 942-944.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., O'Neall, & Thomas, W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 5(46): 371-379.
- 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.
- Decouvelaere, F., Graziani, P., Gackiere-Eraldi, D., Rusinek, S., & Hautekeete, M. (2002). Hypothesis of existence and development of early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients. *Journal de The'rapie Comportementale et Cognitive*, 12, 43-48.
- Jasmin, V., Stefan, G., Eileen, M., Raul, G., & Laura, S. (2011). Psychopatic Heroin Addicts are not uniformly impairer across neurocognitive domains of impulsivity. *Journal of Drug & alcohol dependence*, 2/3(114): 194-200.
- Moggi, F., Giovanoli, A., Buri, C., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2010). Patients with substance Use and Personality Disorder: A Comparison of Patient

- Characteristics, treatment Process and Outcome in Swiss and U.S Substance Use Disorder Programs. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 36(10): 66-72.
- Nordahl, H. M., Halth, H., & Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schema in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12: 142-149.
- Rafiey, H., Narenjiha, H., Shirinbayan, P., Noori, R., Javadipour, M., Roshanpajouh, M., Samiei, M., & Assari, S. (2009). Needle and syringe sharing among Iranian drug injectors. *Iranian Research Center for Substance Abuse and Dependence (IRCSAD)*, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran. 30 (6): 6-21.
- 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.
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific Relationship between Core Beliefs and Personality Disorder Symptoms in a None-Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(14): 96-104.
- Rezaei, F., & ShamsAlizadeh, N. (2011). Early Maladaptive Schema in methamphetamine and opioid Addicts. *Journal of European Psychiatry*; 1(26): 93-99.
- Rezaei, F., Haidaripoor, S., & Ghadami, N. (2012). Early Maladaptive Schema in addicts and their association with personality disorder. *Journal of European Psychiatry; Supplement*, 27(1): 1-1. (Abstract).
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & Mc Guire, J. (2009). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: changes Associated with a brief Residential Abstinence Program, *Journal of Cognitive Therapy Research*, 3(34): 207-215.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Sturt, G. L. (2012). Gender differences in Early Maladaptive Schemas in a treatment seeking Sample of Alcohol-Dependence adults. *Journal of substance use & Misuse*, 1(47): 108-116.
- Shorey, R. C., Sturt, G. L., & Anderson, S. E. (2012). The Early Maladaptive Schemas of treatment seeking young adults: a descriptive investigation. *Journal of substance Abuse Treatment*, 3(42): 271-278.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Journal of European Psychiatry*, 16(5): 274-82.
- Walsh, Z., Allen, L. C., & Kosson, D. S. (2007). Beyond Social Deviance: Substance Use Disorders and the Dimensions of Psychopathy. *Journal of Personality Disorder*, 3(21): 273-288.
- Welch, S. (2006). Substance use and personality disorders. (Review Article). *Journal of Psychiatry*, 1(6): 27-29.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a non-patient sample: demographic correlates and comorbidity. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 46: 682-9.



### پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ (فرم کوتاه)

لطفا عبارتهای زیر را با دقت خوانده و با توجه به ویژگی‌های خود برای هر عبارت پاسخ مناسب را مشخص نمایید.

کاملاً غلط	تقریباً غلط	بیشتر درست تا غلط	اندکی درست	تقریباً درست	کاملاً درست
1	2	3	4	5	6

1. اغلب کسی را نداشته‌ام که از من حمایت کند، حرف‌هایش را با من بزند و عمیقاً نگران اتفاقاتی باشد که برایم می‌افتد.
2. به‌طور کلی کسی نبوده که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد.
3. در بیشتر اوقات زندگی، این احساس به من دست نداد که برای فرد دیگری، شخص ویژه و متمایز به‌شمار روم.
4. در اغلب اوقات کسی را نداشتم که واقعاً به من گوش دهد، مرا بفهمد و یا اینکه احساس‌ها و نیازهای واقعی مرا درک کند.
5. وقتی نمی‌دانستم کاری را چگونه انجام دهم، کمتر شخصی پیدا می‌شد که مرا نصیحت و راهنمایی کند.
6. من به افراد نزدیک خودم خیلی وابسته‌ام چون می‌ترسم مرا ترک کنند.
7. آن‌قدر به دیگران نیازمندم که نگران از دست دادن آن‌ها هستم.
8. نگرانم از این‌که افرادی که به من نزدیک‌اند مرا ترک و رها کنند.
9. وقتی احساس می‌کنم کسی که برایم مهم است از من دوری می‌کند، مأیوس می‌شوم.
10. برخی اوقات آن‌قدر نگران آن هستم که مردم مرا ترک کنند که آن‌ها را از خودم می‌رانم.
11. احساس می‌کنم مردم از من سودجویی می‌کنند.
12. احساس می‌کنم باید در حضور دیگران از خودم محافظت کنم، چون فکر می‌کنم در غیر این‌صورت به من آسیب می‌زنند.
13. دیگران دیر یا زود به من خیانت می‌کنند.
14. نسبت به انگیزه‌های دیگران، سوءظن شدید دارم.
15. معمولاً به‌طور جدی به انگیزه‌های مردم فکر می‌کنم.
16. فکر می‌کنم وصله ناجور اجتماع هستم.
17. اساساً با بقیه خیلی فرق دارم.
18. نمی‌توانم به کسی تعلق خاطر داشته باشم؛ انسان گوشه‌گیری هستم.
19. احساس می‌کنم از مردم بیگانه شده‌ام.
20. همیشه احساس می‌کنم در بین افراد گروه جایی ندارم.
21. مردان یا زنانی که دوست‌شان دارم، وقتی نقاطضعف مرا ببینند، دیگر مرا دوست ندارند.
22. اگر کسی واقعاً مرا بشناسد دوست ندارد یا من رابطه‌ای نزدیک برقرار کند.
23. لیاقت عشق، توجه و احترام دیگران را ندارم.
24. احساس می‌کنم هیچ‌کس مرا دوست ندارد.
25. در بسیاری از جنبه‌ها، بیش از آن ناپذیرفتنی هستم که بتوانم خودم را به دیگران نشان دهم.
26. تقریباً هیچ‌کاری را نمی‌توانم به‌خوبی دیگران انجام دهم.
27. وقتی به موفقیت نزدیک می‌شوم از درون احساس بی‌کفایتی می‌کنم.
28. بیشتر مردم در حوزه‌های شغلی و کاری از من تواناترند.
29. نمی‌توانم مانند اغلب مردم در کارهایم با استعداد باشم.
30. در کار یا تحصیل، مثل بقیه با هوش نیستم.
31. احساس می‌کنم نمی‌توانم به تنهایی از پس کارهای زندگی روز مره‌ام برآیم.
32. فکر می‌کنم در انجام کارهای روزه‌مره‌ام آدم وابسته‌ای هستم.
33. فاقد عقل سلیم هستم.
34. اصلاً به قضاوت‌های خودم در موقعیت‌های روزمره، اعتماد ندارم.
35. احساس می‌کنم نمی‌توانم به‌تنهایی گلیم خودم را از آب بیرون بکشم.
36. نمی‌توانم از شر این احساس رها شوم که اتفاق بدی می‌خواهد بیفتد.
37. احساس می‌کنم هر لحظه شاید یک فاجعه طبیعی، جنایی، حقوقی یا پزشکی برایم اتفاق بیفتد.
38. می‌ترسم مورد حمله قرار بگیرم.
39. می‌ترسم تمام سرمایه‌های خود را از دست بدهم و بیچاره شوم.
40. اغلب نگرانم دچار سکنه قلبی شوم، حتی وقتی دلایل پزشکی کمی برای این احتمال وجود دارد.

1. قادر نیستیم از والدینم جدا شوم، کاری که همسن و سال‌هایم انجام می‌دهند.
2. من و والدینم تمایل داریم خود را بیش از حد در زندگی و مشکل‌های یکدیگر درگیر کنیم.
3. برای من و والدینم بسیار سخت است که بدون داشتن احساس گناه یا خیانت، مسائل جزئی خصوصی خود را از یکدیگر پنهان نگاه داریم.
4. اغلب احساس می‌کنم انگار والدینم در من زندگی می‌کنند، من نمی‌توانم یک زندگی جداگانه‌ای برای خود داشته باشم.
5. اغلب احساس می‌کنم هویت جداگانه‌ای از والدین و همسر ندارم.
6. فکر می‌کنم اگر کاری را بکنم که دلم می‌خواهد، برای خودم دردسر درست می‌کنم.
7. احساس می‌کنم چاره‌ای ندارم جز این که به خواسته‌های دیگران تن دهم، چون در غیر این صورت مرا ترک می‌کنند یا درصدد تلافی بر می‌آیند.
8. در روابطم به دیگران اجازه می‌دهم که بر من مسلط شوند.
9. همیشه به دیگران اجازه داده‌ام بجای من تصمیم بگیرند؛ در نتیجه من واقعاً نمی‌دانم چه می‌خواهم.
10. خیلی برایم مشکل است از دیگران تقاضا کنم حقوقم را رعایت کنند و احساساتم را درک کنند.
11. کار مراقبت از نزدیکانم بر من روشن است.
12. آدم خوبی هستم چون بیش از آن که به فکر خودم باشم به فکر دیگرانم.
13. مهم نیست که چقدر سرم شلوغ است، من همیشه می‌توانم وقتی را برای دیگران کنار بگذارم.
14. همیشه سنگ صبور مشکل‌های دیگران بوده‌ام.
15. دیگران نظرشان این است که من برای آن‌ها خیلی کار می‌کنم، ولی برای خودم کاری انجام نمی‌دهم.
16. از این که احساسات مثبتم (مثل توجه و محبت) را به دیگران نشان دهم، خیلی خجالت می‌کشم.
17. برای من خیلی سخت است که احساساتم را نزد دیگران بروز دهم.
18. برای من خیلی سخت است که راحت و خود لگن‌گرفته رفتار کنم.
19. آن قدر خودم را کنترل می‌کنم که مردم فکر می‌کنند آدم بی‌احساسی هستم.
20. مردم نظرشان این است که من عصبی و ناراحت‌م.
21. باید در هر کاری که انجام می‌دهم بهترین باشم؛ نمی‌توانم توقعم را کم کنم.
22. سعی می‌کنم نهایت تلاش خودم را بکنم؛ اگر کار تا حدودی خوب باشد، هیچ‌گاه راضیم نمی‌کند.
23. باید به تمام مسئولیت‌هایم عمل کنم.
24. احساس می‌کنم برای پیشرفت و دستیابی به خواسته‌های خود، همواره تحت فشار هستم.
25. وقتی که کاری را اشتباه انجام می‌دهم، نمی‌توانم خودم را ببخشم یا برای اشتباهم بهانه‌تراشی کنم.
26. وقتی از کسی چیزی می‌خواهم، خیلی برایم سخت است (نه) بشنوم.
27. آدم خاصی هستم و نمی‌توانم محدودیت‌هایی را که بر سر راه مردم وجود دارد بپذیرم.
28. از این که مرا محدود کنند یا نگذارند کاری را که می‌خواهم بکنم، متنفرم.
29. احساس می‌کنم نباید از قانون‌ها و قراردادهای بهنجاری که مردم تابع آن‌ها هستند، اطاعت کنم.
30. احساس می‌کنم کاری که من باید بکنم ارزشمندتر از کارهای دیگران است.
31. نمی‌توانم برای انجام تمام و کمال وظایف معمول یا خسته‌کننده نظم و انضباط خاصی داشته باشم.
32. اگر به یکی از اهدافم نرسم زود مأیوس می‌شوم و دست از کار می‌کشم.
33. برای من خیلی سخت است که رضایت آنی را فدای خوشحالی آتی کنم.
34. نمی‌توانم به خودم فشار بیاورم که کارهایی را که برایم خوشایند نیستند، انجام دهم، حتی وقتی که می‌دانم نتایج خوبی در پی دارند.
35. به‌ندرت توانسته‌ام به تصمیم خودم پایبند باشم.