

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم، شماره ۲۳، تابستان ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۶۰-۴۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۶/۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۲

مقایسه طرحواره های ناسازگارانه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی

اینسی خوش لهجه صدق*
خدیجه ابوالمعالی الحسینی**
زهرآ خوش لهجه***
حسن علیزاده فرشبیاف****
احسان ایمانی*****
علی حسینی*****

چکیده

این پژوهش به منظور مقایسه طرحواره های ناسازگارانه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیر بالینی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعه پس رویدادی بود. افراد معتاد از جمعیت خیریه تولد دوباره و افراد غیر معتاد از جمعیت غیر بالینی به روش تصادفی انتخاب شدند. گروه نمونه نهایی شامل ۹۰ نفر (۳۰ مرد معتاد ناموفق به ترک، ۳۰ مرد موفق به ترک و ۳۰ نفر جمعیت غیر بالینی) بود. افراد گروه نمونه از نظر جنسیت و سن و تحصیلات همتاسازی شدند. افراد گروه نمونه آزمون سلامت عمومی و طرحواره های ناسازگارانه اولیه را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری MANOVA و آزمون های تعقیبی مناسب استفاده شد. یافته ها نشان داد که میانگین نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه تنها بین میانگین های طرحواره های ناسازگار اولیه بی اعتمادی/ بد رفتاری، نقص/ شرم، استحقاق/ بزرگ منشی، وابستگی/ بی کفایتی، خودتحويل نیافته/ گرفتار و خویشتن داری/ و خودانضباطی ناکافی بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی تفاوت معنادار دارند ($\alpha < 0/05$). اندازه اثر اختلاف (۰/۲۷۸) بود. هرچند، میانگین نمره های گروه غیر بالینی با گروه های موفق و ناموفق در طرحواره های وابستگی/بی کفایتی و خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی معنادار نبودند. تحلیل آماری نشان داد که میانگین نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی تفاوت معنادار دارند.

واژه های کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، معتاد موفق به ترک، معتاد ناموفق به ترک.

* دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول: anissedq@yahoo.com)

** دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، استادیار و عضو هیئت علمی، رودهن، ایران.

***مددکار اجتماعی.

****کارشناس مشاوره

*****دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره

مقدمه

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را تهدید کرده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد هر روز به شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود (کاپلان^۱، سادوک^۲، گرب^۳، ۱۹۹۴؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶. رویک^۴، هاین^۵، ثورستاینسون^۶، ۲۰۰۸).

مشکل روزافزون سوءمصرف و وابستگی به مواد در جوامع گوناگون از جمله کشور ما ایران توجه عموم را به خود جلب کرده است. گرچه آگاهی فعلی ما هنوز به طور کامل در خصوص این مشکل نتوانسته ما را در حل این معضل یاری دهد، اما با بررسی مشکلات و عواقب آن به لزوم وجود پژوهش‌های بیشتری در خصوص یافتن راه‌حل پایا جهت درمان و حل مشکل سوءمصرف مواد و با جستجوی شیوه‌های پیشگیری از آن ما را آگاه می‌سازد.

سوءمصرف موادی چون نیکوتین، الکل، کاکوئین و امروزه از جمله مواد جدیدتر مثل کراک، نشانگر نیاز بیمارگونه افراد درگیر است. هروئین از سال ۱۳۵۵ به ایران وارد شد و اولین بار در بین اقشار مرفه و تحصیل کرده رواج یافت و تاکنون انواع دیگری از مواد مخدر از جمله "کراک" وارد ایران شده است. کراک در آمریکا از برگ گیاه کوکا تهیه شده و جزء دسته کوکائین است. در حالی که در ایران یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین به نام هروئین به صورت فشرده و همراه با ترکیباتی محرکی مثل آمفتامین و اکستازی استفاده می‌شود که با نام فریبنده کراک توزیع می‌شود. یکی از علل گسترش اعتیاد در ایران مجاورت و هم‌مرزی آن با هلال طلایی (افغانستان و پاکستان) تولیدکننده گان مواد مخدر است. سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن مواد اعتیادآور در این دو کشور تولید می‌شود و تنها ۲۰٪ از مواد اعتیادآوری که به ایران وارد می‌شود، کشف می‌شود (گزارش آماری، اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷).

بر اساس توصیف اولیه بک^۷ از آسیب‌شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرحواره‌ها و الگوهای تفکر عاداتی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. بک، فریمن^۸ و همکاران وی در سال (۱۹۹۰) طی مطالعاتی که انجام دادند برای انواع اختلالات شخصیت، مدلی از طرحواره‌های ویژه آن اختلال را ارائه کرده‌اند. برای مثال بر اساس این مدل، شخصیت اجتنابی با طرحواره‌های بی‌کفایتی و طرد، و شخصیت خود شیفته با طرحواره‌های استحقاق و منزلت داشتن

1. Kaplan
2. Sadock
3. Gerb
4. Rooke
5. Hine
6. Thorsteinsson
7. Beck
8. Freeman

ارتباط دارند (یانگ، کلو سکو، ویشار، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶).

افرادی که طر حواره ره اش دگی / بی ثباتی فعالی دارند اعتقاد دارند روابطشان با افراد مهم زندگی ثبات ندارد و از نظر هیجانی ثبات کمتری دارند، افرادی که طر حواره بی اعتمادی / بدر رفتاری دارند بر این باورند که دیگران با کوچکترین فرصت از آن ها سواستفاده می کنند. افرادی که طر حواره محرومیت هیجانی دارند انتظار ندارند تمایل آنها به برقراری رابطه هیجانی با دیگران به طور کافی ارضا شود همچنین افرادی که طر حواره نقص / شرم دارند احساس می کنند افرادی ناقص، بد، حقیر یا بی ارزش اند و اگر خود را در معرض نگاه دیگران قرار دهند، بدون شک طرد می شوند. افرادی که طر حواره انزوای اجتماعی / بیگانگی دارند احساس می کنند با دیگران متفاوتند و وصله ناجور اجتماع هستند. افرادی که طر حواره وابستگی / بی کفایتی دارند احساس می کنند بدون کمک جدی دیگران نمی توانند از عهده مسئولیت های روزمره شان بر آیند. همچنین افرادی که طر حواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری دارند، شدیداً می ترسند مبادا هر لحظه دچار یک فاجعه شوند و نتواند با آن مقابله کنند. افرادی که طر حواره خود تحول نیافته / گرفتار دارند اغلب در خصوص ارتباطشان با یکی از چند نفر از افراد مهم زندگیشان بیشتر اشتغال ذهنی دارند به همین دلیل فردیت و رشد اجتماعیشان به آن ها وابسته است. آنها بی که طر حواره استحقاق / بزرگ منشی دارند خود را از دیگر افراد بالاتر می دانند و برای خود حقوق خاصی قائلند و خود را موظف به رعایت احترام متقابل نمی دانند. افرادی که طر حواره خویشتن داری / خود انطباطی ناکافی دارند نمی توانند برای دستیابی به اهدافشان خویشتن داری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند و نمی توانند ابراز هیجانات و تکانه هاشان را کنترل کنند. افرادی که طر حواره اطاعت دارند کنترل خود را به دست دیگران می سپارند و در برابر آنها تسلیم می شوند زیرا احساس می کنند مجبورند این کار را انجام دهند و از این کار برای رهایی از خشم و انتقام استفاده می کنند. افرادی که طر حواره ایثار دارند نیازهای دیگران را با میل خود و حتی به قیمت از دست دادن رضایتمندی شخصی ارضا می کنند و این کار را برای کاهش رنج و گرفتاری دیگران، دوری از گناه، دستیابی به احساس ارزشمندی و تداوم رابطه هیجانی با افراد نیازمند انجام می دهند. افرادی که طر حواره بازداری هیجانی دارند رفتارها، احساسات و روابط بین فردی خود انگیخته شان را محدود می کنند. افرادی طر حواره معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی دارند معمولاً باید تلاش کنند تا به معیارهای بلند پروازانه خود دشت یابند و این کار را به خاطر اجتناب از عدم تایید یا خجالت زدگی انجام می دهند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶).

یانگ در سال ۱۹۹۰ یک مدل طر حواره ای، متمرکز بر محتوای اختصاصی آسیب پذیری شخصیتی ارایه کرد. مدل های بک و همکارانش و یانگ، هر دو بر اساس توصیف آدلر^۴ (۱۹۲۶) از وجه اشتراک افراد، در جبران احساس بی کفایتی و نیز در اجتناب از موقعیت هایی است که احتمال دارد این طر حواره ها را فعال کنند. از آن جا که طر حواره ها اغلب در عمق شخصیت فرد جای گرفته اند و مثل الگوهای عادی، سالها وجود

1. Young
2. Klosko
3. Weishoar
4. Adler

داشته اند، برخی افراد در کنار گذاشتن آن‌ها مشکل دارند (لیهی^۱، بی‌تا)؛ ترجمه فتی و همکاران، ۱۳۸۷). تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی مانند روان‌کاوی، رفتار درمانی، گروه درمانی، دارو درمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلالات‌های اعتیادی صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده‌اند و عود و بازگشت مجدد سوء مصرف مواد را همراه داشته‌اند و هزینه‌های متعددی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند. از همین رو این‌که به چه علت فرد معتاد پس از تلاش برای ترک دچار عود می‌شود همواره مورد سؤال بوده است و در خصوص سبب‌شناسی اعتیاد و ترک موفق و ناموفق اعتیاد عوامل مختلفی چون مسائل زیست‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطرح است، اما به نظر می‌رسد پاسخ شخص به مواد اعتیادآور تلفیقی ناشی از عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی باشد (کولن^۲، ۲۰۰۹؛ روک و همکاران، ۲۰۰۸).

یانگ و همکاران اذعان می‌دارند علیرغم اینکه درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن، جسمانی سازی و سوء مصرف مواد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند، اما این درمان‌ها، کوتاه مدت هستند و هدف آن‌ها کاهش نشانه‌ها، مهارت‌آموزی و حل مسایل زندگی فعلی بیمار است (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶). طرحواره درمانی توسط یانگ و همکارانش طی سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۹ به وجود آمده است، این روش درمانی، روشی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است. تجارب بالینی نشان می‌دهد بیمارانی که دچار اختلالات شدید شخصیتی هستند و نیز افراد مبتلا به مشکلات چشمگیر منش شناختی که چنین مسایلی شالوده اختلالات محور I آن‌ها را تشکیل می‌دهند، به طرح‌واره درمانی خیلی خوب پاسخ می‌دهند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۶).

جانسون^۳ و جکسون^۴ (۲۰۰۴) طی پژوهشی دریافتند که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مبتلا به اختلال در حوزه سوء مصرف الکل و داروها وجود دارد. یافته‌های پژوهش کاکرو^۵، نلسون^۶، گیلیه^۷ (۲۰۰۴) بیانگر همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شدت اختلالات محور II در بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت بود، آنان دریافتند که اختلال شخصیت ضداجتماعی شدید با طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدر رفتاری، باز داری هیجانی، آسیب پذیری در برابر ضرر، و اختلال شخصیت مرزی بارهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/

1. Leahy
2. Collen
3. Janson
4. Jackson
5. Cecero
6. Nelson
7. Gillie

بدرفتاری و اختلال شخصیت افسرده با بی اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص / شرم، شکست و اطاعت رابطه معناداری دارند.

براساس نظریه یانگ رفتارهای ناسازگارانه در پاسخ به طرحواره ایجاد شده و سپس بعدها به وسیله طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند. یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه عمیق ترین سطح شناخت هستند، الگوی ثابت و دراز مدتی هستند که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی ادامه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. آن‌ها نقش اولیه و پایه‌ای در تجارب بیماران داشته و بر فرآیند تجارب بعدی تاثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نحوه فکر، احساس و عملکرد بیماران یا این که با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند نقشی اساسی دارند (احمدیان، ۱۳۸۵).

در راستای تلاش‌ها و پژوهش‌های دامنه‌دار و گسترده‌ای که در آسیب‌شناسی روانی اعتیاد به عمل آمده است، عوامل مختلفی نظیر نوع فرزندپروری، انواع دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد به مواد و غیره مورد بررسی قرار گرفته‌اند ولی تاکنون هیچ یک به مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه افراد موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی نپرداخته‌اند و پژوهشگر تنها به یک مطالعه مربوط به این حوزه مواجه شد.

با توجه به مطالب بیان شده سؤالات بسیاری مطرح می‌شود، آن چه برای محقق از اهمیت خاصی برخوردار است، پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) است و روش جمع‌آوری اطلاعات از نوع کتابخانه‌ای، میدانی است.

دو جامعه در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت: ۱. کلیه مردان معتاد موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز درمانی جمعیت خیریه تولد دوباره شهر تهران در سال ۱۳۸۹ بود. ۲. جمعیت غیربالینی که از بین کارکنان شاغل در این مراکز انتخاب شدند. انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. افراد گروه نمونه نهایی ۹۰ نفر (سه گروه ۳۰ نفره) بودند، ۳۰ فرد معتاد موفق به ترک مواد افیونی، ۳۰ فرد معتاد ناموفق به ترک مواد افیونی و ۳۰ فرد عادی. افراد معتاد، مذکر و در محدوده سنی ۲۵ سال به بالا با تحصیلات حداقل سوم راهنمایی بودند. در این پژوهش منظور از افراد موفق به ترک مواد افیونی، افرادی بودند که شش ماه بدون لغزش موفق به کنار گذاشتن مواد افیونی شده بودند و منظور از افراد ناموفق به ترک مواد افیونی، افرادی بودند که طی شش ماه گذشته در جمعیت خیریه تولد دوباره جهت ترک تحت درمان قرار داشتند، اما موفق به ترک نشده بودند. منظور از جمعیت غیربالینی در این پژوهش، افراد عادی غیرمعتاد بودند که با توجه به محدوده سنی، جنس و تحصیلات با دو گروه فوق همخوان بودند و از بین کارکنان شاغل در همان مراکز به تصادف انتخاب شدند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو بخش توصیفی و استنباطی استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱. بر گه مشخصات فردی که حاوی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه مصرف یا اعتیاد به مواد افیونی، نوع ماده مصرفی، مدت زمان اعتیاد، سابقه درمان و ترک، نوع درمان، تعداد دفعات ترک، بیشترین زمان ترک، پرسش نامه ای محقق ساخته به داوطلبان شرکت در پژوهش ارائه شد.

۲. پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ که جهت غربالگری اولیه احتمال وجود اختلال روانی در نظر گرفته شد و دارای ۲۸ سوال در چهار گروه ۷ تایی است و علائم کلی چهار وضعیت (افسردگی، اضطراب، احساس آسودگی روان شناختی - اجتماعی و شکایت جسمی) را اندازه می گیرد. ضریب پایایی ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۰، ۰/۸۱، ۰/۷۷ در ایران گزارش شده است. مقیاس درجه بندی آن لیکرت بوده از صفر تا سه نمره گذاری می شود. حساسیت و ویژگی این ابزار در نقطه برش ۲۳ مطلوب گزارش گردیده است. حساسیت ۰/۸۶/۵ و ویژگی ۰/۸۲ در نقطه برش مذکور است (پالاهنگ و یعقوبی، ۱۳۷۴). در این پژوهش، از آن به منظور غربال اولیه داوطلبان گروه ها قبل از مصاحبه استفاده شد.

۳. پرسش نامه طرحواره های یانگ (YSQ)^۲ فرم کوتاه که یک ابزار خودسنجی است و دارای ۷۵ آیتم جهت ارزیابی طرحواره های ناسازگار اولیه و بر مبنای مقیاس ۶ درجه ای لیکرت است. پایایی این پرسش نامه براساس آلفای کرونباخ در مورد ۱۴ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است و نتایج آزمون آزمون مجدد با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۴ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسش نامه از اعتبار صوری و قضاوتی مطلوبی برخوردار است (آهی، ۱۳۸۴). در این پژوهش این ابزار جهت ارزیابی طرحواره های ناسازگارانه اولیه در سه گروه شرکت کننده در طرح مورد استفاده قرار گرفت.

شیوهی اجرای پژوهش

ابتدا ۱۸۰ نمونه به طور تصادفی (۹۰ نفر معتاد موفق به ترک، ۹۰ نفر معتاد ناموفق به ترک و ۹۰ نفر افراد غیر معتاد در همان مجموعه) توسط پرسشنامه سلامت عمومی از لحاظ بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. از میان افرادی که در هر گروه از لحاظ بالینی (افسردگی، اضطراب، احساس آسودگی روان شناختی - اجتماعی، شکایت جسمی) سلامت روانی داشتند ۳۰ نفر از هر گروه به تصادف انتخاب و در سه گروه با توجه به ملاکهای مطرح شده افراد هر گروه قرار داده شدند و به طور فردی و توسط پژوهشگر مورد آزمون طرحواره های ناسازگارانه ای اولیه قرار گرفتند. زمان اجرای آزمون برای آزمودنیها یک ساعت در نظر گرفته شد.

نتایج پژوهش

با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و داده های حاصل از اندازه گیری آنها، به منظور توصیف داده ها از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر شاخص های گرایش مرکزی، پراکنندگی و توزیع استفاده شد. قبل

1. General Health Questionnaire

2. Young Schema Questionnaire

از انجام آزمون (MANOVA) ابتدا شرط همسانی واریانس ها و کواریانس ها و همچنین همبستگی دو به دوی بین متغیرها محاسبه شد. نتایج بیانگر این بود که در مورد همه متغیرها شرط همسانی واریانس ها و کواریانس ها وجود داشت و همچنین همبستگی دوی متغیرهای وابسته معنی دار بود. در نهایت، برای پاسخ دادن به فرضیه تحقیق با در نظر گرفتن نوع داده ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. شرح تفصیلی محاسبات آماری در زیر ارائه شده است.

جدول ۱: عوامل بین آزمودنی ها

تعداد	گروه ها
۳۰	غیربالینی
۳۰	موفق در ترک
۳۰	ناموفق در ترک

جدول ۲: خلاصه آزمون برابری کواریانس (باکس)

ماتریکس باکس	۸۹۱/۴۸۵
F	۹/۳۷۷
DF _۱	۳۸۰
DF _۲	۱۰۸۰۰/۶۹۳
احتمال معناداری	۰/۰۹۸

جدول ۲: خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون

متغیرها	Df _۱	Df _۲	احتمال معنی داری
محرومیت هیجانی	۲	۵۷	۰/۹۸۵
رهاشدگی/بی ثباتی	۲	۵۷	۰/۵۲۶
بی اعتمادی/بدرفتاری	۲	۵۷	۰/۸۴۰
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۲	۵۷	۰/۵۲۷
نقص/شرم	۲	۵۷	۰/۵۴۳
استحقاق/بزرگ منشی	۲	۵۷	۰/۷۲۴
وابستگی/بی کفایتی	۲	۵۷	۰/۶۳۵
خودتحول نیافته/گرفتار	۲	۵۷	۰/۷۸۰
اطاعت	۲	۵۷	۰/۹۳۰
اثر	۲	۵۷	۰/۶۳۹
بازداری هیجانی	۲	۵۷	۰/۵۵۹
معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	۲	۵۷	۰/۸۵۰
خویشتن داری/و خوداتضباطی ناکافی	۲	۵۷	۰/۵۲۷
آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر	۲	۵۷	۰/۹۱۲

جدول ۴: خلاصه آزمون های چندمتغیری

اثرات	آزمون ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	مجذور ایتا
	ویلکز لامبدا	۰/۵۲۲	۲/۰۳۲	۲۸	۱۴۸	۰/۰۰۴	۰/۲۷۸

با توجه به مقدار آزمون ویلکز لامبدا (۰/۵۲۲) و F محاسبه شده (۲/۰۳۲) با درجه آزادی ۱۴۸ و ۲۸ می توان فرض صفر را رد کرد ($p < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین نمره های طر حواره های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه به طور هم زمان بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی تفاوت معنادار است و می توان براساس نمره های طر حواره های ناسازگار اولیه، افراد موفق و ناموفق در ترک مواد افیونی را از هم تفکیک کرد. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ایتا (۰/۲۷۸) در حد متوسط است. در مجموع، مقدار مجذور ایتا (۰/۲۷۸) نشان دهنده ارتباط در حد متوسط بین طر حواره های ناسازگار اولیه با موفقیت در ترک مواد افیونی است.

جدول ۵: خلاصه آزمون های اثرات بین آزمودنی ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	df _۱	df _۲	MS	F	مجذور ایتا
۱۳ ۵ ۳	محرومیت هیجانی	۱۰۰/۱۵۶	۲	۸۷	۵۰/۰۷۸	۱/۶۳۴	۰/۳۶
	رهاشدگی/بی ثباتی	۱۳۲/۱۵۶	۲	۸۷	۶۶/۰۷۸	۲/۲۹۷	۰/۰۵۰
	بی اعتمادی/بدرفتاری	۳۱۶/۰۸۹	۲	۸۷	۱۵۸/۰۴۴	۶/۲۳۹ ^{۰۰}	۰/۱۲۵
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۳۰/۴۲۲	۲	۸۷	۶۵/۲۱۱	۲/۴۰۴	۰/۰۵۲
	نقص/شرم	۴۲۴/۱۵۶	۲	۸۷	۲۱۲/۰۷۸	۸/۸۷۱ ^{۰۰}	۰/۱۶۹
	استحقاق/بزرگ منشی	۲۳۹/۲۸۹	۲	۸۷	۱۱۹/۶۴۴	۶/۳۷۹ ^{۰۰}	۰/۱۲۸
	وابستگی/بی کفایتی	۷۰۲/۴۲۲	۲	۸۷	۳۵۱/۲۱۱	۳/۹۳۹ ^۰	۰/۰۸۳
	خودتحوّل نیافته/گرفتار	۴۸۴/۸۶۷	۲	۸۷	۲۴۲/۴۳۳	۱۰/۷۶۵ ^{۰۰}	۰/۱۹۸
	اطاعت	۲۳۳/۴۸۹	۲	۸۷	۱۱۶/۷۴۴	۳/۰۳۴	۰/۰۶۸
	ایثار	۱۲۴/۸۰۰	۲	۸۷	۶۲/۴۰۰	۲/۴۴۸	۰/۰۵۳
	بازداری هیجانی	۱۰۹/۳۵۶	۲	۸۷	۵۴/۶۷۸	۱/۵۵۴	۰/۰۳۴
	معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	۷۳/۶۸۹	۲	۸۷	۳۶/۸۴۴	۱/۵۱۵	۰/۰۳۴
	خویشتن داری/ خوداتضباطی ناکافی	۳۲۶/۴۸۹	۲	۸۷	۱۶۳/۲۴۴	۴/۷۴۶ ^۰	۰/۰۹۸
آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر	۶۸/۶۰۰	۲	۸۷	۳۴/۳۰۰	۱/۱۵۱	۰/۰۲۶	

** معنی دار در احتمال ۰/۰۱؛ * معنی دار در احتمال ۰/۰۵

با توجه به نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها و شاخص های محاسبه شده می توان تفسیرهای زیر را ارائه کرد:

مقادیر F های محاسبه شده با درجه آزادی (۲ و ۸۷) نشان می دهد که از بین میانگین نمره های طر حواره های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه تنها بین میانگین های طر حواره های ناسازگار اولیه بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، استحقاق/بزرگ منشی، وابستگی/بی کفایتی، خودتحوّل نیافته/گرفتار، و

خویشترن داری / و خودانضباطی ناکافی به طور هم زمان بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی تفاوت معنادار است. با توجه به نتایج آزمون پیگردی می توان اظهار داشت که در مورد ۵ طرحواره بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، استحقاق/بزرگ منشی، وابستگی/بی کفایتی، خودتحول نیافته/گرفتار، میانگین نمره های گروه غیربالینی از گروه های موفق و ناموفق در ترک پایین تر بود. هر چند، میانگین نمره های گروه غیربالینی با گروه های موفق و ناموفق در طرحواره های وابستگی/بی کفایتی و خویشترن داری / و خودانضباطی ناکافی معنادار نبودند.

جدول ۵: خلاصه آزمون های پیگردی بنفرونی

ناموفق در ترک	موفق در ترک	گروه های غیر بالینی	طرحواره های ناسازگار
			<u>بی اعتمادی/بدرفتاری</u>
-۴/۲۶۷°	-۳/۶۰۰°		
-۰/۶۶۷	-	موفق	بی اعتمادی/بدرفتاری
-	-	ناموفق	
			<u>نقص و شرم</u>
-۳/۴۳۳°	-۵/۲۳۳°		
۱/۸۰۰	-	موفق	نقص/شرم
-	-	ناموفق	
			<u>استحقاق/بزرگ منشی</u>
-۲/۸۰۰°	-۳/۸۶۷°		
۱/۰۶۷	-	موفق	استحقاق/بزرگ منشی
-	-	ناموفق	
			<u>وابستگی/بی کفایتی</u>
-۳/۷۳۳	-۶/۸۳۳°		
۳/۱۰۰	-	موفق	وابستگی/بی کفایتی
-	-	ناموفق	
			<u>خودتحول نیافته/گرفتار</u>
-۳/۲۳۳°	-۵/۶۶۷°		
-۲/۴۳۳	-	موفق	خودتحول نیافته/ گرفتار
-	-	ناموفق	
			<u>خویشترن داری / و خودانضباطی ناکافی</u>
-۳/۴۰۰	۱/۰۶۷		
-۴/۴۶۷°	-	موفق	خویشترن داری / خودانضباطی ناکافی
-	-	ناموفق	

° معنی دار در احتمال ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان می دهد میانگین نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه ۱۴ گانه به طور هم زمان بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی تفاوت معنادار

است و می توان براساس نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه، افراد موفق و ناموفق در ترک مواد افیونی را از هم تفکیک کرد. از آن جا که تاکنون پژوهشی در زمینه مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه افراد موفق و ناموفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی صورت نگرفته است، پژوهشگر با مطالعات اندکی همسو با نتایج به دست آمده روبرو شد.

اسمیت^۱ و کولینز^۲ (۱۹۹۵) طی پژوهشی دریافتند که رابطه معناداری بین طرحواره های ناسازگارانه ی اولیه و اختلالات شخصیت وجود دارد. یانگ و همکاران (۱۹۹۹) (طی پژوهش هایی دریافتند که طرحواره های ناسازگارانه اولیه و شیوه های ناسازگارانه ای مقابله ای بیماران با آن ها اغلب زیربنای علایم اختلالات مزمن محوره I همانند اختلالات سوء مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و روان تنی هستند و ریشه تحولی طرحواره های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی پنهان است.

کوپر^۳ و فرون^۴ و راسل^۵ و مودر^۶ (۱۹۹۵) طی پژوهشی دریافتند که مواد افیونی پاسخی نسبت به نوع شخصیت و ویژگی های روانی است که اشخاص دارند. اشخاصی که معمولاً حالت دفاعی دارند، افزایش الگوی مصرف در آن ها مشاهده می شود. بک^۷، فریمن^۸ و همکاران (۱۹۹۰) طی مطالعاتی که انجام دادند برای انواع اختلالات شخصیت، مدلی از طرحواره های ویژه آن اختلال شخصیت را رایج کرده اند. برای مثال بر اساس این مدل، شخصیت اجتنابی با طرحواره های بی کفایتی و طرد و شخصیت خود شیفته با طرحواره های استحقاق و منزلت داشتن ارتباط دارند.

فتی و همکاران (۱۳۸۷) با بررسی ساختارهای معناگذاری / طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی بر روی افراد با علایم افسردگی و اضطراب دریافتند که طرحواره ها و شرایط هیجانی وابسته به موقعیت میتوانند سویمندی حافظه را ایجاد کنند. همچنین شواهدی از وجود سویمندی حافظه در افراد بهنجار و فاقد طرحواره های نارکارآمد نیز نشان میدهد.

بر اساس آنچه که در مقدمه گفته شد، طرحواره های ناسازگار در شکل دهی اختلالات شخصیت در افراد به شکل های گوناگون بروز می کنند و بی اعتمادی / بد رفتاری، نقص / شرم در آن ها مشترک است و حتی در افراد معتاد نیز به چشم می خورد. در این پژوهش نیز بین افراد معتاد موفق و ناموفق نسبت به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی در طرحواره های ناسازگار اولیه بی اعتمادی / بد رفتاری، نقص / شرم، استحقاق / بزرگ منشی، وابستگی / بی کفایتی، خود تحول نیافته / گرفتار، و خویشتن داری / و خود انضباطی نا کافی تفاوت معنادار وجود دارد.

یکی از محدودیت های این پژوهش، این بود که پژوهشگر امکان همتاسازی، آزمودنی ها را از

1. Schmit
2. Collins
3. Cooper
4. Frone
5. Russel
6. Muder
7. Beck
8. Freeman

نظر هوشی و پختگی روانی نداشت. به علاوه با توجه به این که برای جمع آوری داده ها از روش خود گزارشی استفاده شده است، امکان تحریف پاسخ ها توسط آزمودنی ها به منظور موجه جلوه دادن خود ممکن است روی نتایج آزمونها اثر گذاشته باشد.

به نظر می رسد اجرای پژوهش های مشابه در خصوص مقایسه طرحواره های ناسازگارانه افراد مصرف کننده مواد اعتیاد آور دیگر مفید باشد. همچنین با توجه به این که نتایج پژوهش بیانگر تفاوت میان طرحواره های ناسازگارانه در میان سه گروه است، توصیه می شود که علاوه بر درمان های رایج برای ترک مواد افیونی، افراد مصرف کننده تحت روان درمانی (طرحواره درمانی) توسط درمانگران آزموده قرار گیرند.

در این پژوهش اطلاعات آزمودنی ها کاملاً محرمانه به صورت محرمانه باقی ماند، و جمع آوری اطلاعات همراه با توافق آگاهانه شرکت کنندگان صورت گرفت، به علاوه شرکت در این پژوهش هیچ گونه ضرر و زبانی برای افراد شرکت کننده در آزمون نداشت و حتی سودمندی احتمالی نیز داشته است.

منابع

- آهی، قاسم (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (برسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۷). گزارش آماری. تهران.
- احمدیان، معصومه (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی ایران.
- پالاهنگ، م؛ یعقوبی، (۱۳۷۴). هنجاریابی پرسشنامه طرحواره سلامت عمومی بین دانشجویان دانشگاه های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. گرب، جک (۱۹۹۴). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری، نصرت اله (۱۳۸۵). تهران. انتشارات شهرآب.
- لیهی، رابرت. (بی تا). فنون شناخت درمانی. ترجمه فتی، لادن و همکاران (۱۳۸۷). تهران. دانژه.
- یانگ، جفری. کلو سکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۱۹۵۰). طرحواره درمانی. ترجمه حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا. (۱۳۸۶). تهران، ارجمند.

Beck, A. T. Freeman, A., (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.

Cicero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and teens of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema. Questionnaires- Research Merion. Clinical psychology and psychotherapy, 77, 344-357.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russel, M., & Muder, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions. A motivational model use. Journal of Personality and Social Psychology,

69, 990-1005.

Collen, M. (2009) Opioid Contracts and Random Drug Testing for People with Chronic Pain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. Vol. 37, Iss. 4; pg. 841- 857.

Janson, L. A., Jackson, H. J. (2004). Eerily maladaptive schemas in personality disorder individuals. *Journal of personality Disorders*, 18, 467-478.

Rooke, S. Hine, W. Thorsteinsson B. (2008) Implicit cognition and substance use: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, Vol. 33, pp. 1314–1328.

Schmit, J. Collins, N. L. (۱۹۹۵). Schema revisited. *Clinical psychology and psychotherapy*, ۷۷, 369-377.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.