

رابطه بین بد رفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد مخدر در بزرگسالی:

نقش واسطه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

معصومه بهبودی^۱، محسن احمدی طهور سلطانی^۲

۱- گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. ۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. نویسنده مسئول.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله پژوهشی	مقدمه: بد رفتاری با کودکان (کلامی، عاطفی و جسمی) پیامدهای منفی فراوانی در بزرگسالی برای آنها به همراه دارد که از جمله آن می‌توان به سوء مصرف مواد اشاره کرد. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین بد رفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد در بزرگسالی می‌باشد.
تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۶/۸/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۱	روش کار: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، تعداد ۱۰۶ نفر (۱۲ نفر زن و ۹۴ نفر مرد) از بین افراد مراجعه کننده به انجمن معنادران گمنام و مراکز ترک اعتیاد شهر همدان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد به پرسشنامه عوامل خطر و محافظت کننده، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SF-YSQ) و مقیاس آسیب و سوء استفاده از کودک (CATS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی از قبیل ضریب همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری با کمک نرم افزار SPSS.24 و لیزرل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
کلید واژگان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بد رفتاری با کودک، سوء مصرف مواد.	یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم بد رفتاری در کودکی (به واسطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) بر سوء مصرف مواد در بزرگسالی در سطح ۹۵ درصد معنادار بود. اثر بد رفتاری در کودکی بر طرحواره‌های ناسازگار و اثر طرحواره‌های ناسازگار بر سوء مصرف مواد در بزرگسالی در سطح ۹۵ درصد معنادار بود، ولی اثر مستقیم بد رفتاری در کودکی بر سوء مصرف مواد در بزرگسالی معنادار نبود.
نویسنده مسئول Email: mabehboodi@gmail.com	نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که بد رفتاری با کودکان باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در آنها می‌شود و شکل‌گیری این طرحواره‌ها نیز منجر به رفتارهای آسیب‌رسانی از جمله سوء مصرف مواد مخدر می‌شوند.

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که در آن فرد با وجود مشکلات قابل‌ملاحظه‌ای مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد (۱). سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده‌ای بر رشد و شکوفایی فرد و جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران‌کننده است و هزینه قابل توجهی بر کشورهای جهان تحمیل کرده است. در حال حاضر مصرف مواد مخدر سالانه حدود ۲۰۰ میلیون نفر را در سرتاسر جهان به کام مرگ می‌کشاند (۲). در واقع سوء مصرف مواد مخدر هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی بر جامعه تحمیل می‌کند و به یک تهدید بزرگ برای جوامع تبدیل شده است (۳).

امروزه در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد مخدر، رویکردهای چند عاملی^۱ و علی‌تعالیمی^۲ به جای رویکردهای سنتی تک عاملی مورد توجه قرار گرفته‌اند، که برای تبیین کامل‌تر سوء مصرف

مواد عوامل مختلف را هم‌زمان در نظر می‌گیرند. پیامد این بررسی‌ها شناسایی مجموعه‌ای از عوامل خطر و محافظت‌کننده است، که به ترتیب احتمال مصرف مواد مخدر را افزایش و کاهش می‌دهند (۴). مصرف مواد می‌تواند در نتیجه تأثیر عوامل مختلف زیستی، از قبیل سن، جنسیت، ژنتیک (۵)، روان‌شناختی از قبیل، اعتماد به نفس پایین (۶) و عوامل اجتماعی از قبیل وضعیت اقتصادی (۷)، عوامل محیطی (۸) و عوامل خانوادگی مانند سابقه اعتیاد در خانواده (۹)، سبک‌های دلبستگی (۱۰) و .. شکل گرفته و ادامه یابد.

یکی از عوامل زمینه‌ساز سوء مصرف مواد مخدر می‌تواند بد رفتاری با کودک در محیط خانواده و یا در محیط اجتماعی کودک از سوی افراد خانواده، نزدیکان و یا افراد غریبه به صورت کلامی، جسمی، جنسی و یا عاطفی باشد که مشکلات عمده در

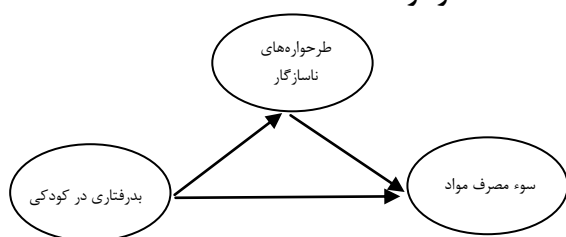
۱- Multifactor approaches

۲- Interactive causal

شکل‌گیری نظام روانی فرد و عملکرد او در بزرگسالی بوجود آورد. بدرفتاری با کودکان چالش‌هایی را ایجاد می‌کند که این چالش‌ها می‌تواند قربانیان بدرفتاری را به سمت رفتارهای نابهنجاری در طول رشد هدایت کند، که از جمله آنها شرکت در رفتارهای پر خطر می‌باشد. به عنوان مثال نوجوانان و بزرگسالانی که دارای سوابق رشدی بدرفتاری در کودکی هستند نرخ بالاتری از شرکت در رفتارهای پر خطر جنسی (۱۱) مصرف حشیش (۱۲) و مصرف الکل (۱۳) را گزارش می‌کنند. همانطور که اشاره شد بدرفتاری با کودکان^۱ (سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی و کلامی) با دامنه گسترده‌ای از رفتارهای پر خطر^۲ (مصرف مواد، مصرف الکل، رفتارهای ضداجتماعی) ارتباط دارد، با این وجود مکانیسم‌های ویژه‌ای که زمینه‌ساز این ارتباط هستند به طور کامل شناخته نشده‌اند. وجود مشکلاتی در زمینه سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دو عاملی هستند که در ارتباط با بدرفتاری کودکان و رفتارهای پر خطر حمایت‌های تجربی بالایی دریافت کرده‌اند (۱۴) و (۱۵). در حقیقت کیفیت دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار از فرایندهای رشدی اولیه‌ای^۳ هستند که می‌توانند به وسیله بدرفتاری با کودکان تحت تاثیر قرار گیرند (۱۶). با تبدیل این عامل‌ها به مکانیسم‌های بالقوه برای رفتارهای پر خطر، در واقع بدرفتاری با کودکان به طور غیرمستقیم بر رفتارهای پر خطر تاثیر می‌گذارد. در رابطه با تاثیر بدرفتاری در کودکی بر طرحواره‌های ناسازگار می‌توان گفت هنگامی که کودک مورد بدرفتاری به ویژه از سوی والدین قرار می‌گیرد این احساس در او ایجاد می‌شود که دنیا مکان امنی نیست و نمی‌توان به دیگران اعتماد کرد و نداشتن اطمینان و اعتماد در ایجاد یا تداوم ارتباط با دیگران اختلال ایجاد می‌کند (۱۷). طرحواره مفهومی در روانشناسی شناختی است که به بررسی این نکته می‌پردازد که افراد چگونه می‌اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می‌کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می‌آورند (۱۸). مطابق نظر یانگ^۴ و همکاران، رشد طرحواره‌ها اغلب به دوران کودکی باز می‌گردد. طرحواره‌ها الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی در دوران کودکی یا نوجوانی تشکیل شده‌اند و به شدت ناکارآمد هستند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند و در سیر زندگی تداوم دارند (۱۷). این طرحواره‌ها به شدت از بد رفتاری با کودکان تاثیر می‌پذیرند و این طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند قربانیان بدرفتاری را به سمت راه‌های نابهنجاری در طول رشد هدایت کند و این راه‌ها نیز در نهایت به شرکت در رفتارهای پر خطری چون سوء مصرف مواد در بزرگسالی ختم می‌شوند. برخی از تحقیقات نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار از عوامل سبب‌شناختی مهم در گرایش به رفتارهای پرخطر و فعالیت

جنسی نایمن به شمار می‌رود (۱۹). همچنین تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مصرف موادمخدر رابطه وجود دارد (۲۰)، (۲۱) و (۲۲). هر چند تحقیقات ارتباطات ویژه‌ای را بین انواع مختلف بدرفتاری با کودکان و رفتارهای پر خطر نشان داده‌اند (۲۳)، تحقیقات بیشتری نیاز است تا روی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تبیین رابطه بین بدرفتاری با کودک و سوء مصرف مواد مخدر در بزرگسالی صورت گیرد. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر پاسخ به این سوال می‌باشد که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رابطه بین بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف موادمخدر در بزرگسالی را تبیین کنند؟ مدل مفهومی که این پژوهش در صدد برآورد آن بوده است در شکل (۱) ارائه شده است.

شکل ۱- مدل مفهومی رابطه بین بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد مخدر با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار



روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی بود. نمونه این تحقیق ۱۵۵ نفر شامل: تعداد ۸۵ نفر مرد و ۱۵ نفر زن شرکت‌کننده در جلسات درمانی NA (معتمدان گمنام) شهر همدان و ۵۵ نفر از مراجعان مراکز ترک اعتیاد ماده ۱۵ و ۱۶ اصلاحیه (غیردولتی و دولتی) ستاد مبارزه با مواد مخدر استانداری همدان بودند که به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند. تمایل افراد به شرکت در پژوهش، آگاهی دادن به آن‌ها در خصوص علت انجام پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات فردی آنان و هم چنین آزاد بودن شرکت‌کننده به انصراف از ادامه‌ی کار از ملاک‌های مهم رعایت شده در انجام این مطالعه بود. به دلیل آنکه تعدادی از پرسشنامه‌ها به صورت نیمه‌تمام رها شدند یا کاملاً بدون دقت پر شده بودند، از تحلیل خارج گردیدند. در نهایت تعداد ۱۰۶ نفر در تحلیل نهایی داده‌ها باقی ماندند که شامل ۱۲ نفر زن و ۹۴ نفر بود. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- child maltreatment
- ۲- Risky behavior
- ۳- Primary developmental process
- ۴- Young

۱- پرسشنامه‌های فرم کوتاه طرحواره یانگ^۱: این پرسشنامه دارای ۷۵ سوال است که توسط یانگ^۲ بر پایه یافته‌های اشمیت^۳ و همکاران برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار ساخته شده است (۲۴). این ۱۵ طرحواره در درون پنج حیطه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است که در پژوهش حاضر از ۲۵ سوال آن که طرحواره‌های حیطه بریدگی و طرد را می‌سنجد استفاده شد. هر عبارت روی یک مقیاس ۶ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. برای به دست آوردن نمره هر خرده‌مقیاس در طرحواره ناکارآمد میانگین نمره در هر ۵ سوال محاسبه می‌گردد. چنانچه میانگین نمره هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود (۲۵). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمد (۲۶).

۲- پرسشنامه ضربه کودک^۴: به منظور سنجش بدرفتاری از این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه توسط برنستین^۵ و همکاران (۲۷) ساخته شده است و در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی ۵۳ ماده ای آن ارائه شد. این مقیاس آزاردیدگی را در پنج زیر مقیاس اندازه‌گیری می‌نماید و یک نمره کلی به دست می‌دهد که مقیاس بدرفتاری کلی نامیده می‌شود. پنج زیر مقیاس این پرسشنامه شامل آزار عاطفی، آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌باشد. به منظور نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت استفاده می‌شود. برنستین و همکاران (۲۷) پایایی عوامل مختلف را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. شهنی بیلاق و همکاران (۲۸) نیز در پژوهش خود به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه روی ۳۵۰ دانش‌آموز دختر دوره راهنمایی در شهر اهواز سال ۸۶ از روش تحلیل عوامل استفاده کردند که عوامل به دست آمده منطبق با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بوده و پایایی عوامل مختلف آن بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه بازنگری شده "مقیاس سوءاستفاده و آسیب از کودک"^۶ استفاده شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۲۸ سوال (هرگز= صفر تا همیشه= پنج) می‌باشد که در آن سوال‌ها با یکدیگر جمع می‌شوند سپس به تعداد تقسیم می‌شوند تا میانگین هر خرده‌مقیاس محاسبه گردد و از چهار خرده‌مقیاس (بهره‌کشی جسمی، بهره‌کشی کلامی، بهره‌کشی هیجانی و جنسی) تشکیل شده است. در پژوهش حاضر دو خرده‌مقیاس هیجانی و کلامی در هم ادغام شده و در قالب خرده‌مقیاس عاطفی مورد بررسی قرار گرفته است. پاسخ‌ها به

صورت طیف لیکرتی پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شده، کمترین نمره کسب شده در این مقیاس صفر و بیشترین آن ۱۱۲ می‌باشد که هر چه نمره فرد بیشتر باشد نشان از وجود آسیب بیشتر در او می‌باشد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای بهره‌کشی جسمی ضریب آلفای ۰/۸۹، بهره‌کشی کلامی ۰/۸۸، بهره‌کشی هیجانی ۰/۸۹ و بهره‌کشی جنسی ۰/۸۵ و پایایی کلی این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

۳- مقیاس رفتارهای پرخطر: جهت سنجش سوءمصرف موادمخدر از مقیاس رفتارهای پرخطر استفاده شد. این مقیاس با اقتباس از پرسشنامه مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر برای تعیین میزان مصرف سیگار، الکل و سایر انواع مواد ساخته شده است. این مقیاس شامل دو بخش می‌باشد، بخش اول اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، ترتیب تولد، تحصیلات والدین، وضعیت مالی، و وضعیت مصرف موادمخدر در خانواده) و بخش دوم سوالاتی در خصوص الگوی مصرف انواع موادمخدر در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه گذشته، را می‌سنجد. پرسشنامه بررسی مصرف موادمخدر از ویژگی‌های روانسنجی خوبی برخوردار است و ضریب اعتبار آن ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۹).

یافته‌ها

۹۴ نفر (۸۸/۷ درصد)، از اعضای نمونه، مرد و ۱۲ نفر (۱۱/۳ درصد)، زن بودند. ۴ نفر (۳/۸ درصد)، از اعضای نمونه در محدوده سنی پایین‌تر از ۲۰ سال، ۲۹ نفر (۲۷/۴ درصد)، در محدوده ۲۰-۳۰ سال، ۳۴ نفر (۳۲/۱ درصد)، در محدوده سنی ۳۱-۴۰ و ۳۱ نفر (۲۹/۴ درصد)، در محدوده سنی ۴۱-۵۰ سال، ۶ نفر (۵/۷ درصد)، در محدوده سنی بالاتر از ۵۰ سال قرار داشتند و ۲ نفر (۱/۹ درصد)، نیز سن خود را مشخص نکرده بودند. ۴۳ نفر (۴۰/۶ درصد)، از اعضای نمونه، مجرد، ۵۵ نفر (۵۱/۹ درصد)، متأهل و ۷ نفر (۶/۶ درصد) نیز مطلقه بودند. همچنین ۱ نفر (۰/۹ درصد) نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بود. ۳ نفر (۲/۲۸ درصد)، بی‌سواد، ۱۲ نفر (۱۱/۳ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۴ نفر (۲۲/۶ درصد)، دارای تحصیلات سیکل، ۲۷ نفر (۲۵/۵ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم، ۲۰ نفر (۳۱/۹ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و ۱۷ نفر (۱۶ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. همچنین ۳ نفر (۲/۲۸ درصد) تحصیلات خود را مشخص نکرده بودند. ۹ نفر (۸/۵ درصد)، از

۱- Young Schema Questionnaire Short Form

۲- Young

۳- Schmidt

۴- Child Trauma Questionnaire

۵- Bernstien

۶- Child Abuse and Trauma Scale

، به مدت کمتر از ۶ ماه، ۵ نفر (۴/۷ درصد)، به مدت ۶ ماه تا ۱ سال، ۱۸ نفر (۱۷ درصد)، به مدت ۲ تا ۳ سال، ۱۰ نفر (۹/۴ درصد)، به مدت ۴ تا ۵ سال، ۱۱ نفر (۱۰/۴ درصد) به مدت ۶ تا ۷ سال و ۱۶ نفر (۱۵/۱ درصد) به مدت ۸ تا ۹ سال و ۱۵ نفر (۱۴/۲ درصد) به مدت بیشتر از ۱۰ سال دچار اعتیاد بوده اند. همچنین ۲۸ نفر (۲۶/۴ درصد) مدت اعتیاد را مشخص نکرده بودند. (جداول ۱ و ۲)

اعضای نمونه دارای وضعیت اقتصادی خیلی خوب، ۲۰ نفر (۱۸/۹ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۴۸ نفر (۴۵/۳ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۲۷ نفر (۲۵/۵ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و ۱ نفر (۰/۹ درصد)، تحت پوشش کمیته امداد یا بهزیستی بودند. همچنین ۱ نفر (۰/۹ درصد)، نیز وضعیت اقتصادی خود را مشخص نکرده بود. ۳ نفر (۲/۸ درصد)

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کشیدگی	چولگی
بدرفتاری جنسی	۱۰۶	۱۲,۲۱	۴,۵۵	۲۰,۷۶	۱,۷۴	۱,۳۵۱
بدرفتاری جسمی	۱۰۶	۹,۲۹	۵,۰۱	۲۵,۱۰	-۰,۲۶۲	۰,۹۳۵
بدرفتاری عاطفی	۱۰۶	۴۶,۲۷	۱۰,۶۸	۱۱۴,۰۷	۰,۵۴۲	-۰,۱۰۸
نمره کل بدرفتاری	۱۰۶	۶۶,۰۶	۱۵,۹۷	۲۵۵,۰۹	۰,۹۸۹	۰,۶۶۹
محرومیت هیجانی	۱۰۶	۱۴,۲۸	۷,۲۳	۵۲,۳۹	-۱,۰۴	۰,۲۶۰
رهاشدگی	۱۰۶	۱۵,۶۷	۷,۴۶	۵۵,۷۸	-۱,۱۲	۰,۲۲۸
بی اعتمادی	۱۰۶	۱۴,۹۹	۷,۱۰	۵۰,۴۴	-۰,۹۲۴	۰,۲۳۴
انزوای اجتماعی	۱۰۶	۱۴	۸,۷۹	۷۷,۴۲	۰,۴۷۷	۱,۵۱۸
نقص / شرم	۱۰۶	۱۳,۳۴	۸,۲۱	۶۷,۵۰	۰,۸۴۱	۱,۹۳۵
نمره کل طرحواره ناسازگار	۱۰۶	۷۲,۳۰	۳۰,۷۴	۹۴۵,۰۱	-۰,۷۳۰	۰,۲۶۱
مصرف سیگار	۱۰۶	۱۹,۹۵	۷,۸۸	۶۲,۱۷	-۱,۰۴	-۰,۶۴۴
مصرف شیشه	۱۰۶	۱۰,۹۷	۷,۶۸	۵۸,۹۹	-۰,۴۵۵	۰,۹۶۵
مصرف هروئین	۱۰۶	۱۲,۱۴	۱۰,۶۳	۱۱۳,۱۸۹	۱,۵۷۳	۱,۷۰۳
مصرف تریاک	۱۰۶	۱۴,۲۶	۱۰,۵۱	۱۱۰,۵۵	۰,۳۳۲	۱,۸۹
مصرف اکس	۱۰۶	۶,۶۳	۴,۰۳	۱۶,۲۹	۰,۷۹۸	۱,۰۰۹
مصرف حشیش	۱۰۶	۱۰,۰۹	۸,۴۵	۷۱,۴۷	۰,۵۷۳	۱,۶۱
مصرف مشروب	۱۰۶	۱۱,۹۸	۹,۴۹	۹۰,۲۴	-۱,۵۵۷	۱,۸۷
مصرف قلیان	۱۰۶	۱۵,۱۴	۶,۴۰	۴۰,۹۶	-۰,۹۰۱	۰,۰۵۵
نمره کل سوءمصرف	۱۰۶	۱۶۴,۷۹	۵۴,۱۴	۲۹۳۱,۲۳	۰,۷۱۵	۰,۸۴۳

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

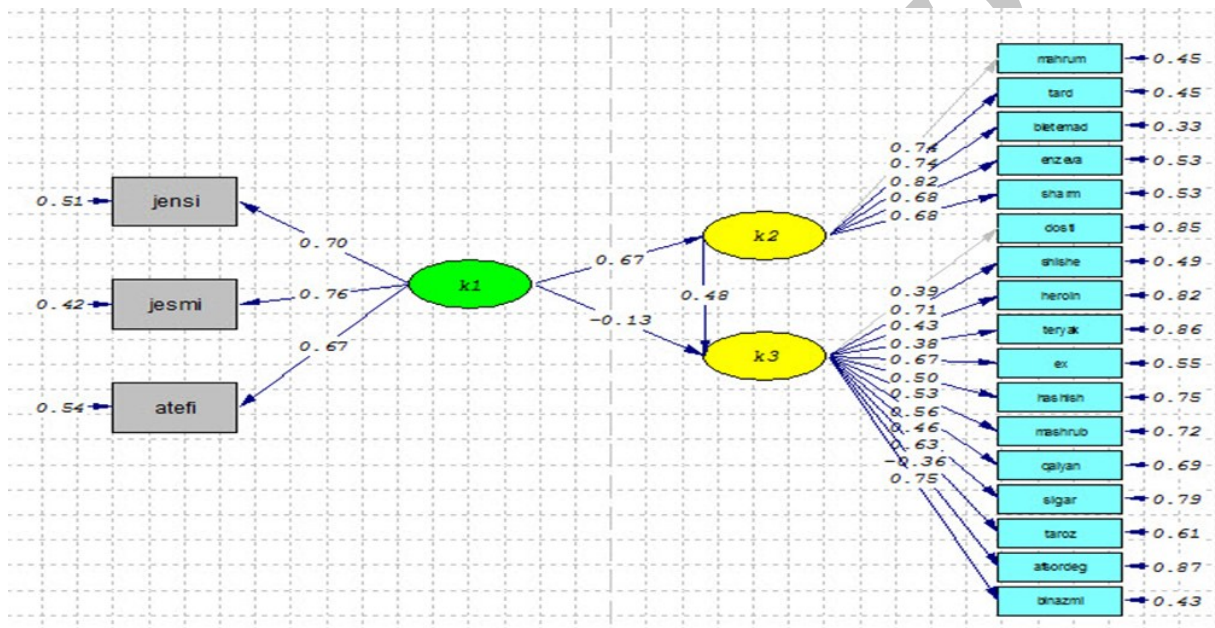
متغیر	بدرفتاری جنسی	بدرفتاری جسمی	بدرفتاری عاطفی	بدرفتاری
محرومیت هیجانی	**۱,۹۹	**۰,۳۷۴	**۰,۳۱۵	**۰,۳۵۷
رهاشدگی	**۰,۹۲	**۰,۳۸۲	**۰,۳۹۵	**۰,۴۴۳
بی اعتمادی	**۰,۳۲۸	**۰,۴۵۰	**۰,۴۲۴	**۰,۴۸۳
انزوای اجتماعی	**۰,۲۲۶	**۰,۴۵۱	**۰,۳۰۷	**۰,۳۷۶
نقص / شرم	**۰,۳۵۷	**۰,۴۱۷	**۰,۲۹۷	**۰,۴۰۳
طرحواره ناسازگار	**۰,۳۵۳	**۰,۵۲۵	**۰,۴۳۶	**۰,۵۱۹
سوءمصرف مواد	۰,۰۹۴	**۰,۲۰۵	۰,۰۸۳	۰,۱۳۴

** همه همبستگی‌ها در سطح $P < 0/01$ معنادار بودند.

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود تمامی ضرایب همبستگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یعنی محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقض و شرم و نمره کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه همبستگی مثبت و معناداری با تمامی خرده‌مقیاس‌های بد رفتاری در کودکی یعنی بد رفتاری جسمی، جنسی و عاطفی و نمره کلی بد رفتاری دارند. ضریب همبستگی نمره کلی سوء مصرف مواد تنها با خرده مقیاس بد رفتاری جسمی رابطه معناداری دارد و با دو خرده‌مقیاس بد رفتاری جنسی و عاطفی و نمره کلی مقیاس بد رفتار رابطه

معناداری ندارد. در ادامه به بررسی مدل مفهومی که این پژوهش در صدد برآورد آن بوده است پرداخته شده که در آن فرض بر این بوده که بد رفتاری در کودکی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اثر غیرمستقیمی بر سوء مصرف موادمخدر دارد. همچنین فرض شده است که بد رفتاری در کودکی اثر مستقیمی بر سوء مصرف مواد وهم بر طرحواره‌های ناسازگار دارد. فرض دیگر پژوهش اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار بر سوء مصرف موادمخدر است. در شکل ۲ مدل برآورد شده نهایی ارائه شده است.

شکل ۲- مقادیر ضرایب مسیر در الگوی ساختاری رابطه بد رفتاری در کودکی با طرحواره‌های ناسازگار و سوء مصرف مواد (در این مدل، بد رفتاری در کودکی $K=1$ و طرحواره‌های ناسازگار $K=2$ و سوء مصرف مواد در بزرگسالی $K=3$ می‌باشد)



جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل ارتباط بین بد رفتاری در کودکی با سوء مصرف موادمخدر با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه

(CFI)	(NFI)	(AGFA)	(GFI)	(RMSEA)	χ^2/df
۰,۹۰	۰,۸۰	۰,۷۳	۰,۷۸	۰,۰۸۳	۱,۷۲

خوب است، $0/۸۰$ تا $0/۱۰$ نشانه برازش متوسط است و مقادیر بیش از $0/۱۰$ به معنای برازش ضعیف است. GFI از نظر مفهومی به R^2 در رگرسیون چندگانه شباهت دارد. این شاخص، نسبت واریانس موجود در کوواریانس/همبستگی نمونه است که به وسیله مدل پیش بینی شده به حساب می‌آید و دامنه آن از صفر (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) است. از این نظر که میانگین مجموع مجذورات را جایگزین جمع کلی مجذورات می‌کند با GFI متناظر است. شاخص ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریبی ($RMSEA=0/۰۸۳$)، شاخص نیکویی برازش ($GFI=0/۷۸$)، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش

با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت داده‌های جمع‌آوری شده از الگوی مفروض حمایت لازم را به عمل می‌آورند. بر اساس نتایج محاسبات مربوط به مدل، مقدار شاخص نیکویی برازش مجذور کای (χ^2) برابر $2۸۸/۴۶$ با درجه‌ی آزادی ۱۶۷ به دست آمد. حاصل تقسیم مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/df) در مدل‌های با کفایت بهتر است کمتر از ۳ باشد، که در اینجا برابر $۱/۷۲$ می‌باشد. به جز شاخص مجذور کای، از شاخص‌های دیگری استفاده شد. RMSEA میانگین باقیمانده‌های بین کواریانس/همبستگی مشاهده شده درباره نمونه و مدل مورد انتظار برآورد شده از جامعه است. مقادیر کمتر از $0/۸۰$ نشان‌دهنده برازش

(AGFI=0/73)، شاخص نرم شده‌ی برازندگی (NFI=0/80) و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI=0/90) بود. اندازه این شاخص‌های GFI, AGFI, NFI, CFI می‌تواند بین 0 تا 1 باشد و هرچه نزدیک به 1 باشند بهتر است. همانگونه که شاخص‌ها نشان می‌دهند برازش مدل، مناسب است. مدل، بدرفتاری در کودکی K=1 و طرحواره‌های ناسازگار K=2 و سوء مصرف مواد در بزرگسالی (K=3 می‌باشد) بررسی کمیت‌های t جدول 4 جهت بررسی معناداری رابطه

مسیرها نشان می‌دهد که مسیر رابطه بین بد رفتاری در کودکی با طرحواره‌های ناسازگار (t=5/50, P < 0/01) و مسیر رابطه طرحواره‌های ناسازگار با سوء مصرف مواد (t=2/27, P < 0/05) معنادار می‌باشند و میسر رابطه بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد (t=0/72, P > 0/05) معنادار نمی‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به خوبی رابطه بین بدرفتاری در کودکی و سوء مصرف مواد مخدر را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

جدول 4- اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل، مقادیر t و معناداری آن‌ها

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم			
0/19	0/32	-0/13	ضریب مسیر	بدرفتاری در کودکی	سوء مصرف مواد
---	---	-0/72	آزمون معناداری t		
0/48	---	0/48	ضریب مسیر	طرحواره‌های ناسازگار	
27/2*	---	2/27*	آزمون معناداری t	بدرفتاری در کودکی	طرحواره‌های ناسازگار
0/67	---	0/67	ضریب مسیر		
5/50*	---	5/50*	آزمون معناداری t		

* معنا داری در سطح 0/05

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط بین بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد مخدر بود. نتایج تحلیل مسیر حاکی از این بود که بدرفتاری در کودکی به طور مستقیم با طرحواره‌های ناسازگار و به طور غیرمستقیم و به واسطه طرحواره‌های ناسازگار با مصرف مواد مخدر رابطه دارد. بدرفتاری در دوره کودکی¹ پیش‌بینی‌کننده قوی اختلالات روانشناختی مثل اضطراب و افسردگی در سراسر بزرگسالی و تمام طول عمر است و نیز بد رفتاری توسط والدین و سوء استفاده توسط همسالان به عنوان عامل خطر برای ایجاد افسردگی و اضطراب اجتماعی است (30). به همین دلیل تحقیقات زیادی در مورد پیامدهای دردناک تجارب نامطلوب دوران کودکی انجام شده است (31). بنابراین کودکانی که کتک خورده، مکرراً مورد تهاجم جنسی قرار می‌گیرند یا از غذا، پوشاک و سرپناه محروم می‌شوند، ممکن است تلف شوند و یا زنده بمانند و با عوارض آن رفتار در بزرگسالی روبرو شوند (32). در کودکان مورد سوء رفتار جسمی یا جنسی، بسیاری از اختلالات روان پزشکی از جمله اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی و افزایش خطر خودکشی و آسیب به خود مشاهده می‌شود. کودکان قربانی سوء رفتار والدین مبتلا به آسیب‌های روانی، بیشتر از کودکان چنین والدینی به اختلالات روانی دچار می‌شوند. در کودکانی که مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته‌اند،

عزت نفس پایین، افسردگی، اختلالات تجزیه‌ای و سوء مصرف مواد مخدر دیده می‌شود (32).

بارانف و تیان (33) نیز تعاملات ناکارآمد والدین با کودک را پیش‌بینی‌کننده بسیار خوبی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه یافتند. سسرو و همکاران (33) هم نشان دادند که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، با مورد بی‌توجهی و غفلت قرار گرفتن و بد رفتاری در دوران کودکی رابطه معناداری وجود دارد. طبق دیدگاه یانگ بد رفتاری در کودکی و عدم ارضای نیازهای جسمانی، عاطفی و هیجانی کودک، باعث شکل‌گیری 18 طرحواره ناسازگار اولیه می‌شود که خود این طرحواره‌ها می‌توانند روی روابط بعدی که افراد در زندگی شکل می‌دهند از جمله ازدواج تاثیر مستقیم بگذارند (17). همچنین در پژوهشی که توسط کار و فرانسیس² (34) تحت عنوان بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار در ارتباط بین بدرفتاری در کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی صورت گرفت. نتایج نشان داد که طرحواره‌های اطلاعات، محرومیت و بازداری هیجانی به طور کامل رابطه بین بدرفتاری در کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی را وساطت می‌کنند.

به اعتقاد یانگ و همکاران طرحواره‌ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی مثل دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و

1- Childhood maltreatment

2- Carr & Francis

هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری بوجود آمده اند. ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است و یک دسته از تجارب اولیه زندگی که طرحواره‌ها را به وجود می‌آورند، آسیب دیدن و قربانی شدن هستند. در چنین وضعیتی طرحواره‌هایی مثل بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم یا آسیب‌پذیری نسبت به ضرر در ذهن او شکل می‌گیرد. همچنین علاوه بر طرحواره‌های ذکر شده رهاشدگی/ بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی در افرادی که در دوران کودکی رها شده، مورد سوءاستفاده قرار گرفته، فراموش یا طرد شده‌اند، ایجاد می‌شود (۱۷). همانطور که نتایج این پژوهش نیز نشان داد، بد رفتاری جسمی، جنسی و عاطفی در کودکی با طرحواره‌های ناسازگار رابطه معناداری وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت که بدرفتاری در کودکی یکی از عوامل بسیار مهم و حیاتی در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌باشند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه پس از شکل‌گیری خود زمینه‌ساز آسیب‌های گوناگونی می‌شوند. همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار و سوءمصرف موادمخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی درد ناشی از طرحواره‌های ناسازگار در افرادی که دارای این طرحواره‌ها هستند آنها را به سمت راهبردهای جبرانی برای کاهش این درد سوق می‌دهد که یکی از مهم‌ترین این راهبردهای غلط برای اجتناب از درد حاصل طرحواره‌های ناسازگار سوءمصرف مواد می‌باشد. در این خصوص نتایج این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها هم‌سو می‌باشد (۳۵) و (۳۶). طرحواره‌های ناسازگار دارای مولفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی 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، سوءمصرف مواد مخدر، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً به اختلال خاصی منجر نمی‌شوند، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهند (۱۷). بنابراین نمرات افراد وابسته به مواد در حوزه "بریدگی و طرد" که شامل طرحواره‌های ناسازگار رهاشدگی/

بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی است، نشان می‌دهد که این افراد باورهای ناسازگارانه‌ای در زمینه عدم دریافت حمایت و راهنمایی از سوی افراد مهم زندگی، عدم اعتماد به دیگران و بدبینی افراطی نسبت به اطرافیان، ترک شدن و عدم مطلوبیت خود و احساس بیگانگی از دیگران را تجربه می‌کنند. این یافته تداعی‌کننده دیدگاه‌های جدیدتر روان‌پویشی در مورد اعتیاد است که اعتیاد را بیانگر کمبودهای اساسی در رشد و عاطفه فردی می‌دانند (۳۷). داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزراننده یا به عنوان مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی مصرف می‌شوند و دارو به صورت انعکاس کمبودهای شیء یا موضوع نیز در نظر گرفته شده است؛ در این دیدگاه، دارو به عنوان یک مکمل بیرونی موقت برای حفظ کردن احساس بهزیستی عمل می‌کند (۳۷). در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که به نظر می‌رسد که بد رفتاری با کودکان باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در آنها می‌شود و شکل‌گیری این طرحواره‌ها نیز منجر به رفتارهای آسیب‌رسانی از جمله سوءمصرف موادمخدر می‌شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه مورد تحقیق به اندازه کافی گسترده نبود و امکان تحقیق در سطح گسترده برای پژوهشگر، با امکانات، وقت و هزینه محدود میسر نبود. به دلیل کوچک بودن نمونه مورد مطالعه تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد و در مورد جامعه‌های آماری غیر از جامعه آماری مورد مطالعه قابل تعمیم نیست. مقطعی بودن پژوهش از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌باشد. به علاوه این پژوهش از نوع همبستگی است که امکان برداشت نتایج علی-معلولی از این یافته‌ها ممکن نیست. از طرف دیگر این پژوهش نتوانسته همه متغیرهای روانشناختی موثر در سوءمصرف موادمخدر را در مدل جای دهد و ممکن است که مدل‌های بعدی بهتر از این مدل بتوانند عناصر روان‌شناختی موثر در سوءمصرف موادمخدر را شناسایی کنند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران از نمونه‌های گسترده‌تر و جامع‌تری در آینده استفاده نمایند و همچنین جهت بررسی اثرات بلندمدت بدرفتاری در کودکی در سوءمصرف موادمخدر از تحقیقات طولی و یا تحقیقات آزمایشی استفاده شود.

References

- 1-Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub; 2013.
- 2-Organization WH. World Drug Report. New York: United Nations Offices on Drugs and Crime (UNODC). 2012.
- 3-Njuho P, Davids A. Extent and influence of recreational drug use on men and women aged 15 years and older in South Africa. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*. 2010;9(1): 33-48.
- 4-Turbin MS, Jessor R, Costa FM, Dong Q, Zhang H, Wang C. Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? *HEALTH PSYCHOLOGY-HILLSDALE THEN WASHINGTON DC*. 2006;25(4):445.
- 5-Haseltine FP. Gender differences in addiction and recovery. *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2000;9(6):579-83.
- 6-Tucker JS, D'Amico EJ, Wenzel SL, Golinelli D, Elliott MN, Williamson S. A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005;80(1):35-43.
- 7-Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*. 2004;111(1):33.
- 8-Varzaneh AH, Fathi E, Esmacily M. The mediating role of secure attachment style in the relationship between authoritative parenting style and personal commitment in marital relationship among married women. 1 Prediction of internet addiction based on the identity style, feeling of loneliness and fear of intimacy. 238.
- 9-Scholte RH, Poelen EA, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RC. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive behaviors*. 2008;33(1):1-14.
- 10-Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. *Addictive behaviors*. 2007;32(6):1164-76.
- 11-Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118(3):933-42.
- 12-Oshri A, Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and mediating influences of childhood personality types on the development of adolescent psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013;42(3):287-301.
- 13-Shin SH, Miller DP, Teicher MH. Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug and alcohol dependence*. 2013;127(1):31-8.
- 14-English T, John OP. Understanding the social effects of emotion regulation: The mediating role of authenticity for individual differences in suppression. *Emotion*. 2013;13(2):314.
- 15-Gratz KL, Paulson A, Jakupcak M, Tull MT. Exploring the relationship between childhood maltreatment and intimate partner abuse: Gender differences in the mediating role of emotion dysregulation. *Violence and Victims*. 2009;24(1):68-82.
- 16-Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. *Developmental Psychopathology*, Second Edition. 2006:129-201.
- 17-Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2003.
- 18-Williams JE, Best DL. *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study*: Sage Publications, Inc; 1982.
- 19-Polimeni A-M, Moore SM, Gruenert S. MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *E-Journal of Applied Psychology*. 2010;6(1)1-9.
- 20-Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of substance abuse treatment*. 2013;44(5):522-7.
- 21-Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*. 2012;47(1):108-16.
- 22-Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of substance abuse treatment*. 2012;42(3):271-8.
- 23-Oshri A, Tubman JG, Burnette ML. Child-

- hood maltreatment histories, alcohol and other drug use symptoms, and sexual risk behavior in a treatment sample of adolescents. *American Journal of Public Health*. 2012;102(S2):S250-S7.
- 24-Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*. 1995;19(3):295-321.
- 25-Jalali MR, Zargar M, Salavati M, Kakavand AR. Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers. *Iranian journal of psychiatry*. 2011;6(2):54.
- 26-Ahi G MM, Besharat M. Reliability and validity of the short form of the Young Schema Questionnaire. *J Psychol Educ Sci*. 2007;3(3):5-20.
- 27-Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*. 1994;151(8):1132.
- 28-Shanni Yeilagh M MN, Shokrkon H. Prevalence of child abuse and prediction of this variable through general health of parents, adaptability, self-esteem and student's academic performance and demographic variables in harried and normal girl students in guidance school of Ahvaz. *J Educ Sci Psychol*. 2007;14(1):94-167.
- 29-Mohammadkhani S. Prevalence of cigarette smoking, alcohol drinking and illegal drugs use among Iranian adolescents. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2012;19(1):32-48.
- 30-Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*. 2014;38(4):735-46.
- 31-Rijkeboer MM, de Boo GM. Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010;41(2):102-9.
- 32-Rostami M, Abdi M, Heidari H. Correlation of childhood maltreatment, self-compassion and mental health in married people. *Journal of fundamentals of mental health*. 2014;16(62):130-41.
- 33-Hagikazem Tehrani M EM, Fathi Ashtiani A. Relation Between Parenting Styles with Early Maladaptive Schemas and religious orientation Ravanshenasi-va-Din. 2014:93-108.
- 34-Carr SN, Francis AJ. Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(4):343-58.
- 35-Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(3):207-15.
- 36-Shaghaghay F, Saffarinia M, Iranpoor M, Soltanynejad A. The relationship of early maladaptive schemas, attributional styles and learned helplessness among addicted and non-addicted men. *Addiction & health*. 2011;3(1-2):45.
- 37-Purmohammad V, Yaghoubi H, Yousefi R, Mohammadzadeh A, Najafi M. The Comparison of Maladaptive Schema and Lifestyles in Drug Dependence and Non-Drug Dependence People. *research on addiction*. 2013;7(27):107-24.

Association between Maltreatment in Childhood and substance abuse in Adulthood: The mediating Role of Early Maladaptive Schemas

Behboodi M (Ph.D)*, Ahmadi Tahour Soltani M (Ph.D)

Abstract

Introduction: maltreatment with children (verbal, emotional, and physical) has many negative consequences in adulthood, including substance abuse. The aim of present study was investigation the mandating role of early maladaptive schema in relation between childhood maltreatment with substance abuse in adulthood.

Methods: In this descriptive-correlational study, 106 people (12 women and 94 men) were selected among people referring to the Association of Anonymous Addicts and addiction centers in Hamedan using available sampling method. The subjects responded to the risk and protective factors questionnaire, the Young Schema Questionnaire (SF-YSQ) and the Child Abuse and Trauma Scale (CATS). Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods such as correlation coefficient and structural equation modeling using SPSS and LISREL software

Results: The results showed that the indirect effect of childhood maltreatment (due to early maladaptive schemas) on substance abuse in adulthood was significant at 95% level. The effect of childhood maltreatment on maladaptive schemas and the effect of current variable on substance abuse in adulthood was significant at 95% level, however, the direct effect of childhood maltreatment was not significant on substance abuse

Conclusion: It seems that childhood maltreatment leads to the formation of maladaptive schemas and the formation of these schemas also leads to harmful behaviors such as substance abuse.

Keywords: Early Maladaptive Schema, Childhood Maltreatment, Substance Abuse

*Corresponding author: Department of Counseling, Islamic Azad University, Roudhen Branch, Tehran, Iran. Email: mabehboodi@gmail.com