

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد
در افراد وابسته به مواد و افراد عادی
Comparison of Early Maladaptive Schemas and Dysfunctional
Attitudes in Normal and Drug-Dependent Individuals

Foramarz Sohrabi
Yousef Aazami
Yoones Dostian

فرامرز سهرابی*
یوسف اعظمی**
یونس دوستیان***

Abstract

The aim of this study was to compare early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes in drug-dependent and normal individuals. Design of the Study was a causal-comparative study. Population of The current study were addict patients refered to the addiction clinics in Kermanshah city within the first three months of the year 1391. The sample included 75 drug-dependent patients and 75 normal subjects. Drug-dependent individuals were selected by the cluster random sampling and normal individuals were matched with study group according to age, marital status and educational level. For data collection, the short form of the Young Schema Questionnaire (SF-YSQ) and the Dysfunctional Attitude Scale (DAS) were used. Multivariate analysis of variance was used to analyze the research data. The result of the study showed that both groups of drug-dependent and normal individuals had significant difference in all maladaptive schemas except the sacrifice schema. Also, there was a statistically significant difference between the two groups in the dysfunctional attitudes. It can be concluded that the early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes are the determining factors in tendency towards substance abuse.

Keywords: Early maladaptive schemas, Dysfunctional attitudes, Drug-dependent individuals, Normal individuals

email: sohrabi@atu.ac.ir

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی بود. پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه معتادان کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در 3 ماهه اول سال 91 تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل 75 نفر از افراد وابسته به مواد و 75 نفر از افراد سالم بودند، که افراد وابسته به مواد به شیوه هم‌تاسازی با توجه به متغیرهای سن، وضعیت سالم به شیوه هم‌تاسازی با توجه به متغیرهای سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ (SF-YSQ) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی بجز طرحواره فداکاری، در سایر طرحواره‌ها تفاوت معناداری با هم داشتند. همچنین بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی در نگرش‌های ناکارآمد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. طرحواره‌های ناسازگار و نگرش‌های ناکارآمد از جمله عوامل تعیین‌کننده در گرایش افراد به سوی مصرف مواد است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نگرش‌های ناکارآمد، افراد وابسته به مواد، افراد عادی

* هیات علمی روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی

*** کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گلانتر، 2006) که امروزه به یکی از مهمترین بحران‌های دنیای کنونی تبدیل شده است و سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختار اجتماعی کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند (شیرز، ویلیامز و ویلکینز، 2010). در زمینه وابستگی به مواد¹، عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند (مجید، کولدر، استرود، نیکتر و نیکتر، 2009). پژوهش‌های مختلف بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می‌شود، اما سوء مصرف با فرایندهای زیستی و روانشناختی نیز مرتبط است (گلانتر، 1992) و این بیانگر این نکته است که اعتیاد از جمله بیماری‌هایی است که تحت تأثیر سه بعد زیستی، اجتماعی و روانی است (هادیان مبارکه، نوری و ملک‌پور، 1389) و بنا به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران از بعد روانشناختی، شخصیت² مهمترین عامل زمینه‌ساز در ابتلا به اعتیاد است و این تصور وجود دارد که سوء مصرف‌کنندگان مواد، دارای ضعف‌های شخصیتی هستند که آنها را نسبت به مصرف داروها و معتاد شدن به آنها آسیب پذیر می‌سازد (هانسن و بریویک، 2001).

بر اساس تحقیقات و بررسی‌های انجام شده، فرایندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (هولمن، 2004). طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بسیاری از اختلالات و جنبه‌های شخصیت تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از آگاهی عمل می‌کند و افراد را از لحاظ روانشناختی نسبت به افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد، آسیب کودکی، هراس اجتماعی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت آسیب پذیر می‌سازد (مانند تیم، 2010 الف؛ یانگ، کلوسکو و ویشار، 2003). اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می‌کنند تحت تأثیر شیوه تصور آنها در مورد خود و دیگران است. این شیوه تصور طرحواره³ نامیده می‌شود (بک، 1967؛ نقل از ذوالفقاری، فاتحی‌زاده و عابدی، 1387). رشد طرحواره اغلب به دوران کودکی باز می‌گردد. مطابق نظر یانگ (1999) بعضی از افراد به خاطر تجارب کودکی منفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای⁴ را ایجاد می‌کنند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار آنها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی‌اشان تأثیر می‌گذارد.

¹. drug Dependency

². personality

³. schema

⁴. early maladaptive schemas

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در ...

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عقاید عمیقاً منفی درباره خود، دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی اولین سال‌های زندگی بوجود بیاید (ویرجیل زیگلر - هیل، گرین، آرناو، سیسمور و مایرز، 2011). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجاستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتی و دی، 2004؛ تیم، 2010). بر اساس مدل یانگ، طرحواره‌های ناسازگار (یا عقاید هسته‌ای منفی) به چارچوب شناختی ناکارآمد برای مشاهده خود و دیگران اشاره دارد که از ابتدا در پاسخ به رخدادهای ناسازگار کودکی ایجاد می‌شود و به صورت مداوم در سراسر زندگی فرد گسترش می‌یابد. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی، و اختلالات شخصیت، تنهایی به دلیل روابط بین فردی مخرب و وابستگی به الكل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده منجر می‌شوند (گرین‌هاوس، کولینز و شاو، 2003؛ سلیگمن، شولمن و تریون، 2007).

یانگ معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین مولفه‌های شناختی و باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید و این طرحواره‌های غیرشرطی، آسیب‌پذیری و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روانشناختی را افزایش می‌دهد (یانگ، 1994). به عبارت دیگر، طرحواره‌های اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از آگاهی عمل می‌کند و افراد را از لحاظ روانشناختی نسبت به افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، وابستگی به مواد، آسیب کودکی، هراس اجتماعی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت آسیب‌پذیر می‌سازد (مانند تیم، 2010 الف؛ یانگ، کلسکو و ویشار، 2003؛ والر، کنرلی و اوهانیان، 2007؛ ریویس و تایلور، 2007). یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه را زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روانشناختی و رفتارهای ناسازگاران در انسان بر می‌شمرد و معتقد است که این طرحواره‌ها ناکارآمد و خود تداوم‌بخش هستند. در طول زندگی با تحریف واقعیات فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگاران آنها عمل کنند (کاملی، قنبری هاشم‌آبادی و محمدیان شریاف، 1390). در جدول زیر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه همراه با تعریف مختصری از آنها ذکر شده است.

جدول 1 - طرحواره‌های ناسازگار اولیه

توصیف مختصر	طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMS)
عقیده به این که افراد مطمئن فرد را ترک کرده‌اند	1. رهاشدگی
عقیده به این که دیگران دروغگو یا منفعت طلبند	2. عدم اعتماد/ سوء استفاده
این احساس که حمایت هیجانی کافی در دسترس نیست	3. محرومیت هیجانی
عقیده به این که دیگران معیوب یا بی‌ارزش‌اند	4. نقص/ شرم
احساس جدایی از دیگران	5. انزوای اجتماعی/ بیگانگی
احساس ناتوانی در مراقبت از خود	6. وابستگی/ بی‌کفایتی
اعتقاد به قریب الوقوع بودن مصیبت	7. آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
هم‌جوشی هویت با افراد مهم	8. خود تحول نایافته / گرفتار
عقیده به بی‌کفایتی در مقایسه با دیگران	9. شکست
اعتقاد به برتری و سزاوارتر بودن نسبت به دیگران	10. استحقاق/ بزرگ‌منشی
اعتقاد به ناتوانی در بازداری هیجانات و تکانه‌ها	11. خود نظم‌بخشی / خودکنترلی ناکافی
احساس اینکه نیازهای فرد کم اهمیت‌تر از نیازهای دیگران‌اند	12. اطاعت
نیازهای خود را فدای نیازهای دیگران کردن	13. فداکاری
نیاز شدید به تایید و تصدیق شدن از جانب دیگران	14. تاییدجویی
تمرکز فراگیر بر جنبه‌های منفی زندگی	15. منفی‌گرایی/ بدبینی
بازداری از ابراز هیجانی	16. بازداری هیجانی
میل کمال‌گرایی به موفقیت	17. معیارهای سرسختانه/ بیش‌انتقادی
اعتقاد به اینکه اشتباهات مستحق تنبیه‌اند	18. تنبیه

اقتباس از هاوک و پرونچر (2012)

از سوی دیگر در دیدگاه شناختی، افکار آشفته‌ساز مبنای بروز اختلالات هیجانی است (بک، براون استیر و ویسمن، 1991). بک بیان می‌کند که افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامند که برای فرد مهم باشند و با افکار خود آیند منفی مرتبط شوند (ننازی، 2006). ارزیابی شناختی، طرحواره‌ها، باورها و نگرش‌های افراد از یک موقعیت، بر روی سازگاری آنها اثر می‌گذارد. بنابراین، بعد نگرش که جزء شناختی رفتار است در فرایند ایجاد تنش تأثیر به‌سزایی دارد. نقش باورها، نگرش‌ها و فرایندهای ذهنی دیگر در بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری نشان داده شده و معلوم شده است که باورهای غیرمنطقی می‌توانند، رنج‌های افراد را تشدید کنند (سیاروچی، 2004). بر اساس تحقیقات و بررسی‌های انجام شده، فرایندهای وابستگی به مواد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (هولمن، 2004).

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در ...

نگرش‌های ناکارآمد¹، فرض‌ها و باورهای جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد (آبلا و اسکیتچ، 2007). به عبارت دیگر نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره‌ی خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییراند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می‌شوند (دیویدسون، 1998؛ ترجمه حسین شاهی و دهستانی، 1383).

بک نقش نگرش‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و ناسازگارانه را در ایجاد رفتارهای ناسازگارانه مورد تاکید قرار داده است. از نظر او، ابتدا، درمانجویان باید از آنچه که به آن فکر می‌کنند آگاه شوند، در مرحله بعد، باید افکار غلط خود را شناسایی کنند و در ادامه با جایگزین کردن قضاوت‌های درست به جای قضاوت‌های نادرست و دریافت فیدبک لازم که بیانگر درست بودن تغییرات آنهاست، دوره‌ی درمان را به اتمام برسانند. نقش باورها، نگرش‌ها و فرایندهای ذهنی دیگر در بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری نشان داده شده و معلوم شده است که باورهای غیرمنطقی می‌توانند، رنج‌های افراد را تشدید کنند (سیاروچی، 2004).

در پژوهشی رحیم‌پور، عباسیان و مقصدلو (1391) در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان و زنان مبتلا به سوء مصرف مواد، به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد طرحواره‌های دو گروه زنان و مردان در یازده بعد تفاوت معناداری وجود دارد. اختلاف بین نمرات در طرحواره‌های ناسازگار رهاسدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته/گرفتار، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌داری، اطاعت، پذیرش‌جویی/جلب توجه و طرحواره‌های ناسازگار منفی‌گرایی/بدبینی می‌باشد. همچنین ستوده، پور آقا، کافی و ترکمن (1391) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه نگرش ناکارآمد و توانایی کنترل فکر در افراد وابسته به اقامت‌های افراد عادی شهر تهران، به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه وابسته به مواد و عادی در میزان نگرش ناکارآمد و توانایی کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، با توجه به اثرگذاری عمیق و بسیار زیاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد افراد بر فرایندهای روانی و رفتاری به عنوان عوامل زیربنایی اختلالات روانی به ویژه در رابطه با وابستگی به مواد از یک سو (تیم، 2010 الف؛ یانگ، کلووسکو و ویشار، 2003؛ والر، کنرلی و اوهانیان، 2007؛ ریویس و تایلور، 2007 و ستوده، پور آقا، کافی و ترکمن، 1391)، و تعداد بسیار اندک پژوهش‌های به عمل آمده راجع به مقایسه این متغیرها در افراد وابسته به مواد و افراد عادی از سوی دیگر، این پژوهش به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و

¹. dysfunctional attitudes

نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد سالم و همچنین تعیین میزان استفاده از هر کدام از این متغیرها توسط این دو گروه در برخورد با حوادث مختلف زندگی می‌پردازد تا زوایای بیشتری از آن را آشکار ساخته و زمینه‌ای برای پژوهش‌های آتی و درمان وابستگی به مواد با هدف تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد معتادان باشد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است، که در آن به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد سالم می‌پردازد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش را کلیه معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در 3 ماهه اول سال 91 تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد. بدین صورت که ابتدا از بین کلینیک‌های سطح شهر، سه کلینیک را تصادفاً انتخاب و تعداد 75 نفر از آنها پس از کسب رضایت، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

گروه دوم، افراد سالم را تشکیل می‌دادند که این گروه با شیوه هم‌تاسازی انتخاب شدند. به منظور افزایش اعتبار درونی یافته‌ها، سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات دو گروه کنترل شد. نمونه مورد مطالعه عبارت بود از 75 نفر (50%) افراد عادی و 75 نفر (50%) افراد وابسته به مواد که از این تعداد 87 نفر (58%) از آنها متاهل، 45 نفر (30%) مجرد و 18 نفر (12%) مطلقه بودند. همچنین در میان افراد معتاد 20 نفر (26/6%) هروئین، 14 نفر (18/6%) شیشه و کراک، 24 نفر (32%) تریاک و 17 نفر (22/7%) بقیه مواد را مصرف می‌نمودند.

در این پژوهش به منظور بررسی تفاوت میانگین دو متغیر در دو گروه، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

ابزار

1. فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ (SF-YSQ)¹: این پرسشنامه 75 گویه‌ای توسط یانگ (1998) برای ارزیابی 15 طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این طرحواره‌ها شامل محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری، معیارهای نامربوط، خودکنترلی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است (ولبرن و همکاران، 2002). هر پرسش بر یک مقیاس 6 درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (1 برای کاملاً نادرست و 6 برای کاملاً درست)، در این پرسشنامه هر 5 پرسش یک طرحواره را می‌سجد و برای به دست آوردن نمره‌ی طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر 5 سوال محاسبه می‌گردد و در هر کدام از طرحواره‌ها که فرد نمره‌ی بیشتری کسب کند، آن طرحواره به عنوان طرحواره ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود و چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از 2/5 باشد آن طرحواره ناکارآمد است. حداقل نمره برای هر طرحواره 5 و حداکثر آن نمره 25 می‌باشد و دامنه آن بین 75 تا 375 می‌باشد. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (1385) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث 0/97 و در جمعیت مذکر 0/98 بدست آمده است. در پژوهش شهامت، ثابتی و رضوانی (1389)، ضریب آلفای 0/96 برای این پرسشنامه بدست آمده است. همچنین ضریب آلفای مربوط به هر یک از طرحواره‌ها به شیوه زیر گزارش شده است: محرومیت هیجانی (0/86)، طرد/ بی‌ثباتی (0/70)، بی‌اعتمادی / بدرفتاری (0/81)، انزوای اجتماعی / بیگانگی (0/79)، نقص / شرم (0/89)، شکست (0/89)، وابستگی / بی‌کفایتی (0/84)، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (0/84)، خود تحول نیافته / گرفتار (0/77)، اطاعت (0/82)، فداکاری (0/82)، بازداری هیجانی (0/78)، معیارهای سرسختانه / بیش‌انتقادی (0/69)، استحقاق / بزرگ‌منشی (0/78) و خود کنترلی ناکافی (0/71). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ 0/86 بدست آمد.

2. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)²: این پرسشنامه شامل 40 گویه است که توسط بک و ویسمن (1978) بر مبنای نظریه شناختی بک طراحی شده است و دارای اعتبار و پایایی مناسبی است. این پرسشنامه دارای 5 زیر مقیاس است که عبارتند از: خشنودسازی، تاثیرگذاری، تاثیرپذیری، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی. روش نمره‌گذاری مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از (1) کاملاً مخالف تا (7) کاملاً موافق می‌گیرد و آزمودنی باید میزان موافقت و مخالفت خود را با هر گویه بر روی مقیاس هفت نقطه‌ای درجه بندی کند و نمره‌های بالا (6 و 7) در هر سوال نشان‌دهنده نگرش-

¹. Short Form-Young Schema Questionnaire

². dysfunctional attitudes scale

های ناکارآمد است. البته در مورد ماده‌های 2، 6، 12، 17، 24، 29، 30، 35، 37، 40 نمره‌گذاری ماده‌ها برعکس سایر موارد می‌باشد. بنابراین، نمره آزمودنی از حداقل 40 تا حداکثر 280 خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات بدست آمده برای افراد سالم از 119 تا 128 گزارش شده است و نمرات بالاتر نشانگر آسیب‌پذیری است (طهرانی‌زاده، 1383).

مجموع نمرات این آزمون، معرف ناکارآمدی نگرش فرد می‌باشد. بررسی‌های متعدد نشان داده است که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد از اعتبار پیش‌آزمون-پس‌آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار عالی برخوردار می‌باشد. مطالعات، همسانی درونی این آزمون را 0/90 و ثبات آن 0/73 گزارش کرده است. در ایران طهرانی‌زاده (1383) ضریب آلفای کرونباخ 0/84 تا 0/92 را برای این مقیاس گزارش کرده است و در پژوهش حاضر این مقدار با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که 0/90 بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی آزمودنی‌های پژوهش $29/11 \pm 5/1$ است. در جدول 2 اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها آمده است.

جدول 2- اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی

افراد عادی		افراد وابسته به مواد		سطح تحصیلات
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
26/67	20	30/66	23	سیکل و پایین‌تر
38/66	29	40	30	دیپلم
34/67	26	29/33	22	لیسانس و بالاتر
21/34	16	24	18	پایین
46/66	35	41/33	31	متوسط
32	24	34/66	26	بالا

نتایج جدول 2 فراوانی و درصد افراد دو گروه وابسته به مواد و عادی را در متغیرهای جمعیت‌شناختی سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی نشان می‌دهد.

در جدول شماره 3 طرحواره‌های ناسازگار در بین دو گروه مورد بررسی قرار گرفته است:

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در ...

جدول 3- میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه

P	F	S	افراد عادی		افراد وابسته به مواد		طرحواره‌ها
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
0/001	15/87	0/86	3/25	0/94	4/02	1. رهاشدگی	
0/001	17/34	1/60	3/14	1/67	3/76	2. محرومیت هیجانی	
0/001	5/73	0/97	3/40	1/24	3/16	3. انزوای اجتماعی	
0/001	5/09	0/75	3/49	0/87	4/12	4. بدرفتاری/بی‌اعتمادی	
0/006	9/11	0/83	2/64	0/83	3/36	5. نقص/شرم	
0/001	7/34	0/69	3/13	1/54	3/61	6. وابسته/بی‌لیاقتی	
0/001	6/09	0/87	3/17	1/53	3/64	7. آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	
0/001	2/55	1/15	2/43	0/93	2/85	8. خود تحول نیافته/ گرفتار	
0/001	8/34	0/78	2/74	1/54	3/34	9. شکست	
0/001	5/13	0/98	3/17	0/21	4/11	10. استحقاق/بزرگ منشی	
0/001	23/53	0/81	3/12	0/92	3/76	11. خودکنترلی ناکافی	
0/004	9/73	0/84	3/01	1/14	3/54	12. اطاعت	
0/17	2/84	1/13	4/10	1/25	4/86	13. فداکاری	
0/001	6/48	1/10	4/02	1/36	4/35	14. معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی	
0/001	11/67	1/74	3/35	1/45	4/09	15. بازداری هیجانی	

در جدول 3 میانگین و انحراف استاندارد دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داده شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد میانگین طرحواره‌های رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بدرفتاری/بی‌اعتمادی، نقص/شرم، وابسته/بی‌لیاقتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحول نیافته/ گرفتار، شکست، استحقاق/ بزرگ-منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، معیارهای سرسختانه/ بیش‌انتقادی و بازداری هیجانی در گروه وابسته به مواد بیشتر از افراد عادی است، اما در طرحواره انزوای اجتماعی میانگین گروه عادی

بیشتر از گروه وابسته به مواد می‌باشد. نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس چند متغیره معنادار بود، بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد، مورد تایید قرار گرفت. در واقع دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی بجز طرحواره فداکاری، در سایر طرحواره‌ها در سطح $p < 001$ تفاوت معناداری با هم داشتند. در جدول 4 نگرش‌های ناکارآمد دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته است.

جدول 4- آزمون تحلیل واریانس دو گروه افراد معتاد و عادی در نگرش‌های ناکارآمد

متغیر	افراد وابسته به مواد		افراد عادی		P	F	S
	میانگین	S	میانگین	S			
نگرش‌های ناکارآمد	137/20	41/12	98/47	23/26	0/001	23/72	

همان‌طور که در جدول شماره 4 مشاهده می‌شود، در متغیر نگرش‌های ناکارآمد میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای افراد وابسته به مواد 137/20 و 41/12، افراد عادی 98/47 و 23/26 می‌باشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی از لحاظ نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=23/72$ و $p < 0/001$)، در نتیجه فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین‌ها، افراد وابسته به مواد، نسبت به افراد عادی از نگرش‌های ناکارآمد بالاتری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر نشان می‌دهد بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد، بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتری برخوردارند. این یافته با نتایج تحقیقات گرین‌هاوس، کولینز و شاو (2003)؛ سلیگمن، شولمن و ترايون (2007)؛ رحیم پور، عباسیان، مقصودلو (1391) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین ادعان داشت که اصولاً افرادی که عقاید منفی در مورد خود، دیگران و جهان اطراف دارند بیشتر به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند و بعد از وابستگی به مواد نیز این عقاید عمیقاً منفی ادامه پیدا می‌کنند و فرد در یک دور معیوب گرفتار می‌گردد. وجود دیدگاه‌های بدبینانه نسبت به زندگی (نظیر دیگران با ما همدلی نخواهند داشت و ما را درک نمی‌کنند، یا آنها به موقع نیازهای ما را برآورده نخواهند کرد، نزدیکان از ما حمایت عاطفی نمی‌کنند، یا عقیده به اینکه دیگران ما را آزار می‌دهند و به ما دروغ می‌گویند و یا احساس اینکه من شخصی شکست خورده و بی‌کفایتیم و در هر زمینه‌ای شکست خواهم خورد)، همگی موجب فراخوانی طرحواره-

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در ...

های منفی شده و به کاهش توان مقابله شخص با مشکلات زندگی منجر می‌شود که آنها فرض کنند لازم است به مواد پناه ببرند که این کاستی‌ها را جبران کند. بنابراین، به طور کلی طرحواره های منفی قادر هستند ارزیابی افراد را از رویدادهای فشارزا تحت تأثیر قرار دهند و از توانایی آنها برای مقابله با مشکلات بکاهند. فرض بر این است که رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد به منظور کاهش هیجانهای منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند که با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد. مثلاً صالحی، گلکاری و عرب بافرانی (1391) در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه اصفهان، به این نتیجه رسیدند که بین طرحواره‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت، به این صورت که در 6 طرحواره محرومیت هیجانی، رها شدگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خود انضباطی ناکافی، تفاوت معناداری وجود دارد و در طرحواره های دیگر تفاوت معناداری وجود نداشت.

در مورد رابطه طرحواره‌ها با اختلالات روانی و بالاخص اختلالات شخصیت تحقیقات متعددی صورت گرفته است. به عنوان مثال، نتایج تحقیقی که تغییرات طرحواره‌ها را قبل و بعد از یک دوره گروه درمانی بر روی یک گروه از بیماران با اختلالات روانپزشکی بررسی می‌کرد، نشان داد که تغییرات معناداری نسبت به طرحواره‌های "آسیب‌پذیری نسبت به بیماری"، "بیگانگی اجتماعی" و نقص و شرم" پس از دوره وجود دارد (ولبورن، داگ، کریستین و پانترفت، 2000)، همچنین در پژوهشی که ذال، جوان و شیخانی (1391) به بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیزم‌های دفاعی در معتادین تحت درمان پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیزم‌های ناپخته در افراد معتاد رابطه مثبت و معناداری به لحاظ آماری وجود دارد.

نتیجه بعدی پژوهش، وجود رابطه معنادار بین نگرش‌های ناکارآمد افراد وابسته به مواد و افراد عادی بود، که مورد تایید قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاهلر، رامسی، رد و براون (2002)؛ هویج دینگ، دی جونگ، ویرز و و رکویجن (2005)؛ جستاد، فرانک، هاگتوت و هاور (2011)، حاجی پور (1381) و ناورودی، پور آقا رودبرده، کافی و ترکمن (1391) همسو می‌باشد. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. یک بیان می‌دارد که نگرش‌های ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرحواره‌ها در سازماندهی - ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند و از آنجا که این نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، بنابراین ناکارآمد یا نابارورند (طهرانی‌زاده، 1383). چانگ و دی زوریلا (1996) اشاره می‌کنند که ارتباط بین افکار ناکارآمد و اختلال‌های گوناگون روانشناختی، توسط مطالعات تجربی گوناگون حمایت شده است. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت اصولاً افرادی که دارای افکار نامعقولی

هستند بیشتر به کارهای مخاطره‌آمیز از جمله سوء مصرف مواد روی می‌آورند و به عبارتی این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییراند و ناکارآمد تلقی می‌شوند. از نظر الیس (1973)، عقاید نامعقول و نگرش‌های ناکارآمد، به بنیان‌های آشفته‌کننده‌ی رفتار تبدیل می‌شوند. این فلسفه از یک طرف اندیشه‌ای الزام‌آور است که در نوع خود قدرتمند، خشک و جزمی است و از طرف دیگر، به استنباط‌های فاجعه‌آمیز منجر می‌شوند. الیس تایید این فرایند را در یک چرخه‌ی معیوب توضیح داده است؛ از نظر او، افراد، خود را به خاطر اینکه از لحاظ هیجانی ناراحت هستند سرزنش می‌کنند، سپس خود را به خاطر سرزنش کردن پیوسته‌ی خود ملامت نموده و از اینکه درصد روان‌درمانی برآمده‌اند مجدداً سرزنش کرده و سپس نتیجه می‌گیرند که به طرز ناامید کننده‌ای مشکل دارند و کاری نمی‌توان برای آنها انجام داد (به نقل از لطفی کاشانی، 1387). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی طرحواره‌های ناسازگار در ارتباط با اضطراب و افسردگی و سایر اختلالات روانشناختی در افراد معتاد مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد که درمان‌های مبتنی بر طرحواره را بر طرحواره‌های ناسازگار مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگذاری می‌شود.

منابع

- آهی، قاسم (1385). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حاجی پور، حسن. (1381). بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جوئی درمان در مقایسه با افراد غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ستوده ناورودی، سید امید؛ پور آقا رودبرده، فاطمه؛ کافی، سید موسی و ترکمن، هادی. (1391). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد و توانایی کنترل فکر در افراد وابسته به آمفتامین و افراد عادی شهر تهران. برگزیده چکیده مقالات اولین کنگره بین المللی دانشجویی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ص 246.
- شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا و رضوانی، سمانه (1389). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. مطالعات تربیتی و روانشناسی، 11(2): 254-239.
- ذال، بهناز؛ جوان، مریم و شیخانی، شهرام. (1391). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیزم‌های دفاعی در معتادین تحت درمان مراکز ترک اعتیاد بیرجند. برگزیده چکیده مقالات اولین کنگره بین المللی دانشجویی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ص 270.
- ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی زاده، مریم و عابدی، محمدرضا. (1387). تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، 4(15): 261-247.
- رحیم پور، فرزانه؛ عباسیان، محبوبه و مقصدولو، مهدیس. (1391). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان و زنان مبتلا به سوء مصرف. برگزیده چکیده مقالات اولین کنگره بین المللی دانشجویی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ص 145.

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در ...

صالحی، هاجر؛ گلکاری، طاهره و عرب بافرانی، حمیدرضا. (1391). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه اصفهان. برگزیده چکیده مقالات اولین کنگره بین المللی دانشجویی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ص 114.

طهرانی زاده، مریم. (1383). بررسی نارساکنش‌وری نگرش دختران فراری و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.

کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقا محمدیان شعریاف، حمید. (1390). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، 11(1): 83-98.

لطفی کاشانی، فرح. (1387). تاثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. اندیشه و رفتار، 2 (8): 67-78.

نیل، دیویدسون. (1998). آسیب شناسی روانی. (ترجمه‌ی حمیدرضا حسین شاهی برواتی و مهدی دهستانی، 1383). تهران: روان. هادیان مبارکه، رضا؛ نوری، ابوالقاسم و ملک‌پور، مختار. (1389). سایکودرام و اعتیاد. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، 16(56): 47-56.

Reference

- Abela, R.Z.& Skitch, S. A. (2007). Disfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. Behavior research and therapy, 45: 1127-1140.
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality-bipolar spectrum relationship. ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry, 30(1): 68-74.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer R. A., Weissman, A.N. (1991). Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population. Psychological Assessment, 3(3): 478-483.
- Chang, E.C. & D'zurilla, T.J. (1996). Irrational beliefs as prediction of anxiety and depression incollage population. Personality and Individual Differences, 20(2): 212-219.
- Ciarrochi, J. (2004). Relationships between dysfunctional beliefs and Positiveand negative indices of well- being: A critical evaluation of thecommon beliefssurvey- 111. Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy, 22 (3):171- 188.
- Galanter, M. (2006). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. psychiatric services, 57(3), 307-309.
- Greenhaus, J.H., Collins, K.M.& Shaw, J. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational Behavior,63: 510-531.
- Hansen, E. B & Breivik G. (2001). Sensation Seeking as a Predictor of Positive and Negative Risk Behavior among Adolescents. Personality and Individual Differences, 30: 627-640.
- Hawke, Lisa D. & Provencher, Martin D. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 136: 803-811.
- Holman, R. C. (2004). Emotion and motive effects on Drug Related cognition. Handbook of addictive disorders apractical guide to diagnosis and treatment.United states of America published John wiley x sonse, Inehoboken, Newjersey.

- Huijding, J., de Jong, P. J., Wiers, R. W. & Verkooyen, K. (2005). Implicit and explicit attitudes toward smoking in a smoking and a nonsmoking setting. *Addictive Behaviors*, 30: 949-961.
- Kahler, C.W., Ramsey, S.E., Read, J.P. & Brown, R.A. (2002). Substance-induced and independent major depressive disorder in treatment-seeking alcoholics: Associations with dysfunctional attitudes and coping. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3): 363-371.
- Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R., Nichter, M., & Nichter, M. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 34(11), 973-975.
- Maltby, J. & Day, L. (2004). Forgiveness and defense style. *Journal of Genetic Psychology*, 165 (1): 99-110.
- Seligman, M.E.P., Schulman, P. & Tryon, A. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior Research & Therapy*, 45(6): 1111-1126.
- Shires LR, Williams L & wilkins. (2010). Basic concepts of Psychiatric mental health nursing. Philadelphia : Lippincott William & wilkins, PP: 403 – 430.
- Thimm, J. C. (2010a). Personality and early maladaptive schemas: a five factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1-8.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 373-380.
- Virgil Zeigler-Hill, V. Z., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42: 96-103.
- Waller, G., Kennerly, H. & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit.
- Wellburn, K., Dagg, P., Cristine, M. & Pontrefact, A. (2000). Schematic change as a result of an intensive group-therapy day-treatment program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37, 189-195
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A Schema focused approach*. Sarasota, Professional resource press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Florida: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.