

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرک

Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

Mohammad Hossein Shiranian

M. A., Family Counselling, Department Of Counselling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Shahid Beheshti Tehran, Tehran, Iran.

Dr. Saeed Imani*

Assistant Professor Clinical Psychology, Department Of Counselling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Shahid Beheshti, Tehran,Iran.

s_imani@sbu.ac.ir

Dr. Abolghasem Khoshkonesh

Assistant Professor, Department Of Counselling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Shahid Beheshti Tehran, Tehran,Iran.

محمدحسین شیرانیان

کارشناس ارشد، مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

دکتر سعید ایمانی (نویسنده مسئول)

استادیار روانشناسی بالینی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

دکتر ابوالقاسم خوش کنش

استادیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to compare early maladaptive schemas, psychological flexibility in opioid substances, stimulant substance dependents, and Non-addictive persons. The research design was causal-comparative. The statistical population of the study included all Non-addictive men and men with opioid and stimulants dependents referring to treatment centers and drug addiction camps in Yazd city (1397). The sampling method was done in an accessible form and 45 persons were considered for each group. In addition to a demographic information sheet, the research instruments included two questionnaires: Yang Schema Questionnaire (1998), acceptance and Commitment Questionnaire by Bond & Associates (2011). Data analysis was performed using one-way variance analysis by SPSS software version 25 .The results showed that the first maladaptive schemas of opium and stimulants abusers were significantly higher than the Non-addictive group ($p<0/05$). In addition, the results showed that stimulant abusers had the least psychological flexibility compared to the other two groups ($p<0/05$). Thus, the design and implementation of appropriate psychological and educational interventions for schema therapy and acceptance and commitment therapy for opioid and stimulant abusers can be very helpful.

Keywords: addiction, early maladaptive schema, psychological flexibility, opium, stimulant.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف به مواد افیونی و محرک بود. این مطالعه از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مردان غیر مبتلا و مردان مبتلا به اختلال سوءصرف مواد افیونی و محرک مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کمپ‌های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بود که برای هر گروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. بهمنظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه طرحواره‌های یانگ (1998) و پرسشنامه‌پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یکراهمه، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه مصرف‌کنندگان مواد افیونی و مواد محرک میانگین بالاتر معناداری نسبت به گروه غیر مبتلا دارند($P<0/05$) و میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کنندگان مواد افیونی و گروه افراد غیر مبتلا به صورت معناداری کمتر است($P<0/05$). بنابراین طراحی و اجرای مداخلات طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد برای مصرف کنندگان مواد افیونی و مواد محرک میتواند تا حد زیادی راهکشا باشد.

واژه‌های کلیدی: سوءصرف، طرحواره های ناسازگار اولیه، انعطاف‌پذیری روانی، افیونی، محرک.

مقدمه

اعتیاد به مواد افیونی و محرك از مزمن ترین اختلالات رفتاری بشر هستند. اعتیاد با مصرف یک ماده شروع شده و با گذشت زمان به علت واپستگی جسمی و روانشناختی به مواد ادامه می‌باید به گونه‌ای که فرد مصرف کننده، تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و برای آن که بتواند هر زمانی شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به ناچار مجبور است که از آن استفاده کند و با گذشت زمان، رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیدا کرده و با گذاشتن تأثیرات سمی بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بد کارکردهای رفتاری، روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی را ایجاد می‌کند که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (садوک، سادوک و روئیز^۱، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

از ۱۰ طبقه موجود در اختلالات مصرف مواد، اعتیاد به مواد افیونی از قدیمی‌ترین و در عین حال شایع‌ترین نوع گرایش به اعتیاد است. از انواع دیگر اختلالات مصرف مواد، محرك‌ها هستند شیوع بالای مصرف مواد محرك از مهم‌ترین مضاعلات سلامت در سال‌های اخیر در سطح جهانی می‌باشد. (садوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). در زمینه واپستگی به مواد-اعم از افیونی و محرك-عوامل گوناگون اجتماعی، خانوادگی، زیستی و روانشناختی نقش دارند که در سال‌های اخیر پژوهش‌ها بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی چندگانه مت مرکزده‌اند. اگرچه بر ابعاد اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می‌شود اما سوءصرف می‌تواند با ویژگی‌های شخصیتی، باورها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرایندهای انعطاف‌پذیری روانشناختی مربوط باشد (دوزویس، بیلینگ و مارتین^۲، ۲۰۰۹؛ گلاتر^۳، ۱۹۹۲؛ بیانگ^۴، ۱۳۸۹؛ امیری و پورکمالی، ۱۳۹۹)، در دیدگاه شناختی عامل بنیادینی که بر نحوه تفکر و نگرش‌ها، احساسات و عملکرد با دیگران نقشی اساسی دارد، طرحواره‌ها هستند (بیانگ^۵، ۱۹۹۹، ترجمه رضاعی و حمیدپور، ۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای افراد درباره خود، دیگران و دنیا هستند که از ارضا نشدن نیازهای اولیه و عاطفی، تجارب اولیه کودکی و خلقوخوی هیجانی سرچشمه می‌گیرند. در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زمان ثابت و پابرجا هستند و اساس شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا اطلاعات دریافتی را پردازش کند و تجارب خود در مورد خود، دیگران و محیط را سازمان دهد (صفرزاده، اصفهانی و بیانگ^۶، ۱۳۹۰؛ یوسف نژاد و پیوسته گر، ۱۳۹۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راه‌های ناکارآمدی که افراد از طریق آن یاد می‌گیرند با دیگران و مسائل کنار بیانید اغلب زیربنای نشانه‌های اختلالاتی مزمنی مثل اضطراب، افسردگی و سوءصرف مواد به شمار می‌روند. تلاش برای اجتناب از درد روانشناختی ناشی از طرحواره‌ها با پناه بردن به رفتارهای طرحواره-خاست، نه تنها این درد را از میان نخواهد برد، بلکه آن را عمیق‌تر خواهد کرد. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه معمولاً بی‌قید و شرط و بسیار انعطاف‌نایاب‌اند (مک کی، فنینگ، لیوف و اسکین^۷، ۲۰۱۳، ترجمه حمیدپور، میرزا بیگ و میناس، ۱۳۹۴). تصور می‌شود که مصرف مواد یکی از راهبردهای کنارآمدن^۸ است که فرد برای اجتناب از درد طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته شده به کار می‌برد (بیانگ، کلوسکو و ویشار^۹، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳).

از دیدگاه درمان‌های موج سوم مخصوصا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰}، افزایش سلامت روان، در اصل با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی ارتباط دارد و نه کاهش علائم و نشانه‌های اختلال روانی. مفهومی که اشاره به توانایی و نحوه مواجهه و سازگاری افراد با افکار، عواطف و احساسات نامطلوب دارد را انعطاف‌پذیری روانی می‌نامند. انعطاف‌پذیری روانی^{۱۱} یعنی فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و داشتن یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب (فلکسمن، بلکلوج و باند^{۱۲}، ۲۰۱۰).

فرایندهای شش گانه پذیرش، گسلش، در حال بودن، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و رفتارهای متعهدانه مسئول ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی هستند (هیز و استروسال^{۱۳}، ۲۰۰۴، ترجمه خمسه، ۱۳۹۵). نبود یک یا چندتا از آن‌ها موجب خشکی روانشناختی می‌شود.

1 Sadock, Sadock& Ruiz

2 Dozois, Martin & Bieling

3 Young

4 McKay, Fanning, Lev& Skeen

5 coping

6 Young, Klosko, & weishaar

7 acceptance and commitment therapy (act)

8 psychological flexibility

9 Flaxman, Blackledge & Bond

10 Hayes&Strosahl

خشکی یا عدم انعطاف‌پذیری روانی در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلیل ریشه‌ای و تداوم بخش رنج انسان و کار کرد ناسازگارانه مثل اعتقاد است (سیف، ۱۳۹۵).

خسروانی، مهدی زاده، دورتاج، الونی و امیری نژاد^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سیستم بازداری/گرایش رفتاری و سبک دفاعی افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی، محرک، داروهای کاتابیس و افراد سالم پرداخته‌اند که نتایج بررسی نشان داده است که در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین هر چهار گروه تفاوت معناداری وجود دارد و گروه مصرف‌کننده مواد افیونی بالاترین نمرات را در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کسب نموده‌اند. کریمی و اوچی^۲ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرک پرداخته‌اند که نتایج نشان داد که در طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری به بیماری، خودکنترلی/خدنظم-دهی ناکافی، محرومیت هیجانی، ازوای اجتماعی، نقص، شکست/شرم وابستگی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. گروه مبتلا به سوءصرف مواد محرک نمرات بالاتری همه طرح‌واره‌های ناسازگار به جز طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی، اطاعت، بی‌ثباتی کسب نموده‌اند.

حسینی فرد و کاویانی^۳ (۲۰۱۵) به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک دلیستگی و راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه مردان مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرک در شهر کرمان پرداخته‌اند نتایج بررسی نشان داده است که بین دو گروه تفاوت معناداری در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه وجود ندارد.

نتایج فرا تحلیلی لی، آن، لوین و توھیگ^۴ (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری) یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. این فرا تحلیل، اثر کوچک تا متوسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری) را بعد از درمان در طول شرایط کنترل شده نشان داد. این اندازه اثر وقتی که داده‌های پیگیری در تجزیه و تحلیل استفاده شد، افزایش یافت. این نتایج نشان می‌دهد که اثرات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان افزایش می‌یابد یا حداقل با سرعت کمتری نسبت به دیگر درمان‌های فعال کیفیت خود را از دست می‌دهد.

شوری، استوارت و اندرسون^۵ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و الكل پرداخته‌اند. ۲۴۰ زن تحت درمان برای سوءصرف مواد افیونی یا الكل موربدرسی و ارزیابی قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داد که (الف) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین زنان مبتلا به سوءصرف مواد و الكل رایج و پایدار است و (ب) زنان مبتلا به سوءصرف مواد افیونی تنها در دو طرح‌واره وابستگی و تنبیه نمرات بالاتری از زنان مبتلا به سوءصرف الكل کسب نموده‌اند. اسموت^۶ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوءصرف متآمftامین در دو گروه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی) نشان دادند که تأثیر این دو درمان بر مصرف آمftامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است؛ اما تفاوت‌های گروهی قابل توجهی درباره حضور در درمان و نتایج مربوط به متآمftامین به دست نیامد.

در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی) بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به متآمftامین که توسط خاکباز (۱۳۹۳) انجام شد، یافته‌ها نشان دادند که بالا رفتن انعطاف‌پذیری روانی، باعث بالا رفتن میانگین نمره تنظیم هیجان و کمک به درمان اعتیاد می‌شود. فیشر، اسموت و دل‌فابرو^۷ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار با شدت آسیب روانی در یک نمونه ۱۱۷ نفری پرداخته‌اند. نتایج مطالعه نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت کاملاً قوی اثر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر آسیب روانی تجربه شده توسط افراد را میانجی‌گری می‌نماید.

از آجاکه مصرف مواد مخدر عوارض منفی بسیاری دارد و هزینه‌های بهداشتی، اجتماعی و بهره‌وری نیروی انسانی در جهت درمان آن میلیاردها دلار می‌باشد؛ بنابراین تلاش‌های جهت شناخت عوامل مختلف در زمینه پیشگیرانه و درمان به موقع امری ضروری و انکارناپذیر است. لذا هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرک و افراد غیر مبتلا تفاوت معنادار وجود دارد؟

1 Khosravani, Mehdizadeh, Dortsaj, Alvani & Amirinezhad

2 Karimi & O'jei

3 HosseiniFard & Kaviani

4 Lee, An, Levin, & Twohig

5 Shorey, Anderson & Stuart

6 Smout

7 Fischer, Smout, & Delfabbro

روش

این مطالعه از نوع علی- مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مردان غیر مبتلا و مردان مبتلا به اختلال سوءصرف مواد افیونی و محرك مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کمپ‌های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بوده است. فقط افرادی جزء این جامعه آماری پذیرفته شدند که سابقه مصرف مواد محرك یا افیونی بهصورتی که تنها یک نوع ماده را فقط مصرف می‌نموده است یا اینکه مصرف ماده دیگر بهصورت تفنتی بوده باشد و اینکه بعد از اتمام مصرف یک ماده محرك یا افیونی به سراغ ماده دیگر رفته باشد. همچنین حداقل یک هفتاه از مرحله درمان آنها گذشته باشد، حداقل سواد پنجم ابتدایی در خواندن و نوشتن داشته باشند، شروع مصرف قبل از سن ۵۰ سالگی، نبود علائم و نشانه‌های بارز سایکوز و نبود بیماری های مزمن جسمی از دیگر معیارهای ورود به جامعه آماری است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بوده است. درمجموع اطلاعات ۹۰ فرد مصرف‌کننده مواد افیونی و محرك- هر گروه ۴۵ نفر- و ۴۵ نفر مرد بهنجار بدون سابقه سوءصرف مواد آماده تحلیل گردید. آزمودنی های این پژوهش از نظر وضعیت سنی در گروه افیونی با میانگین سنی ۳۳/۰۹ و از دامنه سنی ۳۵ سال تا ۶۰ سال، در گروه محرك با میانگین سنی ۲۹/۹۸ و از دامنه سنی ۱۸ سال تا ۴۵ سال و در گروه غیر مبتلا با میانگین سنی ۲۷/۶۴ و از دامنه سنی ۲۰ سال تا ۶۰ سال می باشد. از نظر متغیر جمعیت شناختی وضعیت تأهل، تعداد آزمودنی های مجرد گروه افیونی ۱۵ نفر، متاهل ۲۶ نفر و جدا شده ۴ نفر می باشد. در گروه محرك تعداد آزمودنی های مجرد ۱۳ نفر، متأهل ۲۷ نفر و جدا شده ۵ نفر می باشد و در گروه غیر مبتلا تعداد آزمودنی های مجرد ۱۶ نفر، متأهل ۲۷ نفر و جدا شده ۲ نفر می باشد. تحصیلات دبیرستان ۱۴ نفر و دانشگاهی ۲ نفر می باشد. همچنین از نظر متغیر جمعیت شناختی تحصیلات، تعداد آزمودنی های گروه افیونی با تحصیلات راهنمایی ۲۹ نفر، تحصیلات دبیرستان ۱۴ نفر و تحصیلات دانشگاهی ۲ نفر می باشد. تعداد آزمودنی های گروه محرك با تحصیلات راهنمایی ۲۷ نفر، تحصیلات دبیرستان ۹ نفر و تحصیلات دانشگاهی ۹ نفر می باشد. تعداد آزمودنی های گروه غیر مبتلا با تحصیلات راهنمایی ۱۷ نفر، تحصیلات دبیرستان ۱۹ نفر و تحصیلات دانشگاهی ۹ نفر می باشد. بهمنظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه طرحواره‌های یانگ (YSQ) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) و اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته مورداستفاده قرار گرفت.

پس از اخذ مجوزهای لازم، به بخش‌های درمانی و نگهداری ترک اعتیاد شهر یزد مراجعه گردید. پس از مصاحبه اولیه و بررسی تاریخچه و شرح حال و اطمینان از عدم مصرف هم‌زمان و طولانی‌مدت مواد محرك و افیونی، در مورد اهداف پژوهش با آن‌ها صحبت گردید. در صورت داشتن تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار این افراد قرار می‌گرفت تا بدان‌ها پاسخ دهند. داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در سطح توصیفی از جدول شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنده‌گی برای ارائه وضعیت متغیرهای پژوهش استفاده گردید. در سطح استنباطی از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض (آزمون لوین و شاپیرویلکز)، تحلیل واریانس یکراهمه، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره‌های یانگ: پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یک ابزار خودگزارشده‌ی برای سنجش طرحواره‌های است که به بررسی طرحواره‌ها یا باورهای ناسازگار اولیه می‌پردازد. باورهای ناسازگار اولیه عمیق‌ترین سطح شناخت هستند که در دوران کودکی به وجود آمده‌اند و به زندگی بزرگ‌سالی راه‌یافته‌اند و تا حد زیادی ناکارآمدند. نسخه اصلی پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۲۲۲ سؤالی است. این پرسشنامه یک فرم کوتاه نیز دارد که در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ ساخته شد. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۷۵ سؤال لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً در مورد من صدق می‌کند (۶) تا اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند (۱) است. پایایی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی بالای آن است. ضرایب آزمون-بازآزمون بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. روایی واگرای ۰/۹ و روایی همگرای ۰/۸۵ نشان دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب آن است. ثبات درونی محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۰ بود. در نمونه ایرانی نیز، همسانی درونی برای ۱۵ عامل بهوسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۶۲ تا ۰/۹۶۲ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است (دیوان داری، آهی، اکبری و مهدیان، ۱۳۸۸).

پرسشنامه پذیرش و عمل^۱: این ابزار ۱۰ آیتمی میزان اجتناب از تجارب درونی فرد را می‌سنجد (بوند^۲ و همکاران، ۲۰۱۱) II در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از (۱) به معنی هرگز تا (۷) به معنی همیشه اشتیاق فرد به تماس با وقایع درونی منفی، پذیرش وقایع و در عین حال زندگی بر اساس ارزش‌ها را می‌سنجد. مجموعه‌ی نمرات از ۱۰ تا ۷۰ است که نمره پایین‌تر پذیرش بیشتر و اجتناب تجربی کمتر را می‌سنجد. این مقیاس ساختار عاملی خوبی در جمعیت بالینی و عمومی و همسانی درونی مناسبی دارد (زرگر، ۱۳۹۰). به‌منظور بررسی پایایی این پرسشنامه زرگر (۱۳۹۰) آن را بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان ساکن یکی از خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا کرد و با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۷۶ و ضریب پایایی هریک از سوالات بین ۰/۸۴۹ تا ۰/۸۷۳ به دست آورد.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی طرح‌واره‌های حوزه‌های پنج گانه ارائه شده است:

جدول ۱. آماره‌های توصیفی طرح‌واره‌های حوزه‌های پنج گانه

متغیر	گروه	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	افیونی	۴۵	۱۸/۸۹	۸
	محرك	۴۵	۲۴/۸۹	۶/۸۵
	غیر مبتلا	۴۵	۱۲/۷۸	۷/۰۳
رهاشدگی/بی ثباتی	افیونی	۴۵	۱۸/۸۴	۵/۹۲
	محرك	۴۵	۱۹/۱۸	۶/۸۹
	غیر مبتلا	۴۵	۱۵/۴۹	۶/۶۱
بی اعتمادی/بدرفتاری	افیونی	۴۵	۲۱/۴۹	۶/۷۲
	محرك	۴۵	۲۱/۸۴	۷/۵۲
	غیر مبتلا	۴۵	۱۶/۶۲	۵/۹۵
انزوای اجتماعی / بیگانگی	افیونی	۴۵	۱۵/۵۸	۶/۱۷
	محرك	۴۵	۱۷/۹۱	۶/۹۸
	غیر مبتلا	۴۵	۱۱/۱۶	۶/۳
شرط/نقص	افیونی	۴۵	۱۲/۳۶	۵/۵
	محرك	۴۵	۱۷/۷۶	۶/۲۴
	غیر مبتلا	۴۵	۱۰/۸۹	۴/۹۸
شکست	افیونی	۴۵	۱۱/۲۴	۴/۶۱
	محرك	۴۵	۱۵/۸۷	۸/۳۳
	غیر مبتلا	۴۵	۸/۹۸	۴/۲۱
وابستگی/بی کفايتی	افیونی	۴۵	۱۲/۶۴	۴/۲۹
	محرك	۴۵	۱۵/۸	۷/۶۷
	غیر مبتلا	۴۵	۱۱/۲۹	۶/۵۱
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	افیونی	۴۵	۱۲/۴۷	۷/۵۷
	محرك	۴۵	۱۴/۵۷	۶/۶۴

۱ . Acceptance and Action Questionnaire -II

2 . Bond

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرك Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

۵/۹۱	۸/۷۱	۴۵	غير مبتلا	
۸/۲۹	۱۱/۷۳	۴۵	افيوني	خود تحول نيافته/
۷/۴۲	۱۵/۶۷	۴۵	محرك	گرفتار
۴/۹۹	۸/۸۷	۴۵	غير مبتلا	
۵/۹۵	۱۴/۱۶	۴۵	افيوني	
۶/۹۱	۱۹/۱۱	۴۵	محرك	اطاعت
۶/۱۱	۱۱/۳۳	۴۵	غير مبتلا	
۵/۴۵	۲۱/۱۸	۴۵	افيوني	ايثار
۵/۶۱	۲۴/۲۴	۴۵	محرك	
۶/۸۵	۱۵/۱۶	۴۵	غير مبتلا	
۴/۹۵	۱۹/۸۲	۴۵	افيوني	
۴/۸۶	۲۲/۷۳	۴۵	محرك	بازداری هیجانی
۶/۵۱	۱۴/۴۲	۴۵	غير مبتلا	
۷/۷۸	۱۵/۵۸	۴۵	افيوني	معيارهای
۶/۰۸	۲۱/۶۴	۴۵	محرك	سرسختانه/عيوب جوبي
۵/۲۹	۱۴/۳۳	۴۵	غير مبتلا	
۵/۸۳	۱۵/۸۴	۴۵	افيوني	استحقاق/بزرگ منشي
۳/۶۵	۱۷/۸۷	۴۵	محرك	
۵/۷۱	۱۴/۹۳	۴۵	غير مبتلا	
۵/۸۴	۱۴/۵۱	۴۵	افيوني	/ خويشتن داري
۳/۲۳	۱۴/۶۴	۴۵	محرك	خودانظباطي ناكافي
۷/۵۸	۱۴/۳۶	۴۵	غير مبتلا	

د، حدوا، ۲ آمارهای توصیفی، انعطاف پذیری، و اثناشناختی، ائه شده است:

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌بزیری، روان‌شناختی، نمونه تحت مطالعه به تفکیک گروه

متغير	روانشناختی	اعطاف پذیری	گروه	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار
غیر مبتلا	غير مبتلا	غير مبتلا	افيونی	۴۵	۳۶/۱۸	۵/۷۷
محرك	محرك	محرك	محرك	۴۵	۳۰/۶	۵/۸۷
روانشناسی	روانشناختی	روانشناختی	روانشناسی	۴۵	۳۵/۲۷	۷/۵۴

برای بررسی نتایج از تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ارائه شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای مقابله طرح‌واردهای ناسازگاری اولیه در گروه‌ها (افوینی، محرک و غیر مبتلا)

متغیر	زیر مقیاس	منبع	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح
معناداری		تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات	مقدار F	معناداری
٠/٠٠٠	محرومیت هیجانی	بین گروهی	٣٣٠٠/٣٧	٢	١٦٥٠/١٨	/٨٦	/٨٦
٣٠	درون گروهی	درون گروهی	٧٠٥٦/٦٧	١٣٢	٥٣/٤٦		طرح واره‌های
	کل		١٠٣٥٧/٠٤	١٣٤			حوزه جدایی و
٠/٠١	رهاسنگی ابی ثباتی	بین گروهی	٣٤٧/٦٨	٢	١٨٧/٣٤	/٤٥	طرد

			۴۲/۰۷	۱۳۲	۵۵۵۳/۷۳	درون گروهی		
				۱۳۴	۵۹۲۸/۴۱	کل		
۰/۰۰	۸/۳۸	۳۸۳/۱۱	۲	۷۶۶/۲۳	بین گروهی	بی اعتمادی/بدرفتاری		
		۴۵/۷۲	۱۳۲	۶۰۳۵/۷۳	درون گروهی			
			۱۳۴	۶۸۰/۱/۹۷	کل			
۰/۰۰۰	/۵۵	۵۲۹/۷۸	۲	۱۰۵۹/۵۷	بین گروهی	انزوای		
	۱۲	۴۲/۲۰	۱۳۲	۵۵۷۰/۵۳	درون گروهی	اجتماعی/ایگانگی		
			۱۳۴	۶۶۳۰/۱۰	کل			
۰/۰۰۰	/۷۷	۵۸۸/۴۷	۲	۱۱۷۶/۹۳	بین گروهی	شرط/نقص		
	۱۸	۳۱/۳۵	۱۳۲	۴۱۳۹/۰۷	درون گروهی			
			۱۳۴	۵۳۱۶	کل			
۰/۰۰۰	/۲۳	۵۵۴/۷۰	۲	۱۱۰۹/۳۹	بین گروهی	شکست		
	۱۵	۳۱/۳۶	۱۳۲	۴۸۰۸/۴۹	درون گروهی			
			۱۳۴	۵۹۱۷/۸۸	کل			
۰/۰۰۳	۶/۰۴	۲۴۱/۰۹	۲	۴۸۲/۱۸	بین گروهی	وابستگی/بی کفايتی		
		۳۹/۹	۱۳۲	۵۲۶۶/۷۵	درون گروهی			
			۱۳۴	۵۷۴۸/۹۳	کل			
۰/۰۰۰	۸/۹۸	۴۰۸/۱	۲	۸۱۶/۱۹	بین گروهی	آسیب پذیری نسبت به	طرح وارههای	
		۴۵/۴۴	۱۳۲	۵۹۹۸/۴۴	درون گروهی	ضرر یا بیماری	حوزه خود گردانی	
			۱۳۴	۱۴/۶۸/۶۳	کل		و عملکرد مختلف	
۰/۰۰۰	/۵۷	۵۲۴/۴۶	۲	۱۰۴۸/۹۳	بین گروهی	خود تحول نیافته/		
	۱۰	۴۹/۶۰	۱۳۲	۶۵۴۸	درون گروهی	گرفتار		
			۱۳۴	۷۵۹۶/۹۳	کل			
۰/۰۰۰	/۳۷	۶۹۷/۶۲	۲	۱۳۹۵/۲۴	بین گروهی	اطاعت		
	۱۷	۴۰/۱۷	۱۳۲	۵۳۰۲/۳۶	درون گروهی			
			۱۳۴	۶۶۷۸/۶	کل			
۰/۰۰۰	/۷۱	۹۶۲/۱	۲	۱۹۲۴/۱۹	بین گروهی	ایثار	حوزه دیگر جهت	
	۲۶	۳۶/۰۲	۱۳۲	۴۷۵۴/۸	درون گروهی			
			۱۳۴	۶۶۷۸/۹۹	کل			
۰/۰۰۰	/۵۱	۸۰۰/۳۲	۲	۱۶۰۰/۶۴	بین گروهی	بازداری هیجانی		
	۲۶	۳۰/۱۸	۱۳۲	۳۹۸۴/۳۶	درون گروهی			
			۱۳۴	۵۵۸۴/۹۹	کل			
۰/۰۰۰	/۴۴	۶۸۸/۵۴	۲	۱۳۷۷/۰۸	بین گروهی	معیارهای	گوش به زنگی	
	۱۶	۴۱/۸۷	۱۳۲	۵۵۲۷/۲۹	درون گروهی	سرسخنانه/عیب جویی	افراتی و بازداری	
			۱۳۴	۶۹۰/۳۷	کل			
۰/۰۲	۳/۸۱	۱۰۱/۴۳	۲	۲۰۲/۸۶	بین گروهی	استحقاق بزرگ منشی		
		۲۶/۶۲	۱۳۲	۳۵۱۳/۹۱	درون گروهی			
			۱۳۴	۳۷۱۶/۷۷	کل			
۰/۹۷	/۰۲۹	۰/۹۴	۲	۱/۸۸	بین گروهی	خویشنده داری و خود		
.	۳۲/۸۵	۱۳۲		۴۳۳۵/۸۶	درون گروهی	انضباطی ناکافی	محدودیت های مختلف	
			۱۳۴	۴۳۳۷/۷۵	کل			

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرك
Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

به منظور بررسی و شناسایی تفاوت بین گروه‌ها به صورت زوجی، آزمون تعقیبی شفه برای این طرحواره‌ها اجرا گردید. نتایج این آزمون در جدول (۴) گزارش شده است:

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه

طroph واره	محرومیت هیجانی	گروه مبتلا	گروه مبنای	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
		محرك	افیونی	-۶*	.۰۰۰۱
		غیر مبتلا		۶/۱۱*	.۰۰۰۱
		محرك		۱۱/۱۲*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۰/۳۳	.۰۹۷
		غیر مبتلا		۳/۲۶*	.۰۰۵
		محرك		۳/۷*	.۰۰۳
		محرك	افیونی	۰/۳۶	.۰۶۹
		غیر مبتلا		۴/۸۷*	.۰۰۰۴
		محرك		۵/۲۲*	.۰۰۰۲
		محرك	افیونی	-۲/۳۳	.۰۲۴
		غیر مبتلا		۴/۴۲*	.۰۰۰۷
		محرك		۶/۷۵*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۵/۴*	.۰۰۰۱
		غیر مبتلا		۱/۴۶	.۰۴۶
		محرك		۶/۸۷*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۴/۶۲*	.۰۰۰۲
		غیر مبتلا		۲/۲۶	.۰۲۱
		محرك		۶/۸۹*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۳/۱۵	.۰۰۶۴
		غیر مبتلا		۱/۳۵	.۰۶
		محرك		۴/۵۱*	.۰۰۰۴
		محرك	افیونی	-۲/۲	.۰۳
		غیر مبتلا		۳/۷۶*	.۰۰۳۳
		محرك		۵/۹۵*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۳/۹۳*	.۰۰۳
		غیر مبتلا		۲/۸۶	.۰۱۶
		محرك		۶/۸*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۴/۹۵*	.۰۰۰۱
		غیر مبتلا		۲/۸۲	.۰۱۱
		محرك		۷/۷۸*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۳/۰۷	.۰۰۵۶
		غیر مبتلا		۶/۰۲*	.۰۰۰۱
		محرك		۹/۰۹*	.۰۰۰۱
		محرك	افیونی	-۲/۹۱*	.۰۰۴۶
بازداری هیجانی					
اطاعت					
ایثار					
بیماری					
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا خود تحول نیافته / گرفتار					
وابستگی ابی کفایتی					
شکست					
شرم/نقص					
ازواج اجتماعی/بیگانگی					
بی اعتمادی/بدرفتاری					
رهاشدگی / بی ثباتی					
محرومیت هیجانی					

۰/۰۰۱	۵/۴*	غیر مبتلا			
۰/۰۰۱	۸/۳۱*	غیر مبتلا	محرك		
۰/۰۰۱	-۶/۰۷*	محرك	افيوني	سرسختانه/	معيارهای
۰/۶۶	۱/۲۴	غیر مبتلا			عيوبجيوي
۰/۰۰۱	۷/۳۱*	غیر مبتلا	محرك		
۰/۱۸	-۲/۰۲	محرك	افيوني		استحقاق/بزرگمنشي
۰/۷	۰/۹۱	غیر مبتلا			
۰/۰۲۹	۲/۹۳*	غیر مبتلا	محرك		

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌ها (افيونی، محرك و غير مبتلا)

معناداري	سطح	مقدار	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منعع تغييرات
۰/۰۰۰	۹/۷	۴۰۲/۹	۲	۸۰۵/۷۹	بين گروهي
		۴۱/۵۳	۱۳۲	۵۴۸۲/۱۸	درون گروهي
			۱۳۴	۶۲۸۷/۹۷	كل

جدول ۶) مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغير	گروه مينا	گروه ثانويه	تفاوت ميانگينها	سطح معناداري
انعطاف‌پذيری روان‌شناختی	افيوني	محرك	۵/۵۸*	۰/۰۰۱
	غير مبتلا		۰/۹۱	۰/۸
	محرك	غير مبتلا	-۴/۶۷*	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد افیونی (تفاوت میانگین = ۵/۵۸) از میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد محرك بهصورت معناداري ($Sig = 0/000$) بيشتر است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میانگینی معناداري ($Sig = 0/8$) میان مصرف‌کننده‌های مواد افیونی و غير مبتلا وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد محرك (تفاوت میانگین = -۴/۶۷) بهصورت معناداري ($Sig = 0/001$) كمتر از گروه غير مبتلا است.

بحث و نتيجه‌گيري

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غير مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرك انجام شد. نتایج نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد افیونی و مواد محرك میانگین بالاتر معناداري نسبت به گروه غير مبتلا دارند، همچنین نتایج ييانگر اين بود که مصرف‌کنندگان مواد محرك میانگين بالاتر معناداري نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همسو با اين يافته پژوهش حاضر كريمي و اوجي¹ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که در طرحواره‌های آسيب‌پذيری به بيماري، خودکنترلي/خودنظم‌دهی ناكافي، محروميت هيچجاني، ازواي اجتماعي، نقص، شکست/شرم وابستگي گروه مبتلا به سوءصرف مواد محرك نمرات بالاتری نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همچنین اويسى و بخشاني (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که گروه مردان مبتلا به سوءصرف مواد افیونی در حوزه‌های بريدي و طرد، خودگرداي، عملکرد مختلف و گوش بهزنگي نمرات بالاتری نسبت به گروه غير

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرك
Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

مبتلا دارند. پژوهش‌های زرگر و همکاران (۱۳۹۰)، کاظمی و دیده روشنی (۱۳۸۹) و شوری، استوارت و اندرسون^۱ (۲۰۱۲) از جمله پژوهش‌های همسو به یافته‌های این پژوهش است.

همان‌طور که ذکرشده است طرحواره‌های ناسازگار به‌طور کلی بخش‌های زیرین و عمیق شناخت‌های فرد از خود و دنیای اطراف را تشکیل می‌دهند و به رفتارهای افراد سمت‌وسو می‌دهند. به همین دلیل طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند خود علت اعتیاد و یا در مواردی معلوم آن باشند. با این حال به این دلیل که ساختار طرحواره‌ها از نخستین سال‌های زندگی شکل می‌گیرد و تقویت می‌شود به نظر سمت‌وسوی این تأثیرگذاری به سمت طرحواره‌های ناسازگار است؛ یعنی شواهد نشان می‌دهند که افرادی که طرحواره‌ی ناسازگار دارند بیش از دیگران در معرض خطر اعتیاد به مواد قرار می‌گیرند (حسینی فرد و کاویانی، ۲۰۱۵).

با توجه به اینکه در کلیه طرحواره‌ها، افراد مصرف‌کننده مواد محرك نمرات بالاتری نسبت به گروه مصرف‌کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا کسب نموده‌اند و در مقایسه با گروه مصرف‌کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا، در تعداد زیادی از طرحواره‌ها، بالخصوص در طرحواره‌های حوزه‌های طرد و جدایی و خودگردانی و عملکرد مختلط تفاوت معناداری بین گروه مصرف‌کننده مواد محرك و دو گروه دیگر بوده است. این تفاوت‌ها نشان دهنده آسیب‌های شدید در ساختار روانی و شخصیتی افراد مصرف‌کننده مواد محرك نسبت به افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا است. این آسیب شدیدتر در بنیان‌های شخصیتی ممکن است تبیین‌کننده گرایش این افراد به سمت مصرف مواد صنعتی (محرك) است که البته آسیب‌های جسمی و روانی شدیدتری را نیز در پی دارد.

مقایسه بین دو گروه مصرف‌کننده مواد افیونی و غیر مبتلا که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. این امر از یک سو نشان می‌دهد که رفتارهای تؤام با خشونت و طرد در دوران کودکی عاملی مهم برای گرایش به رفتارهای سوءصرف مواد در بزرگ‌سالی تلقی شود. از سوی دیگر نبود تفاوت معنادار بین این گروه‌ها در بعضی از طرحواره‌ها بالخصوص طرحواره‌های حوزه محدودیت‌های مختلط، می‌تواند دلیلی باشد بر تشابه جمعیت عمومی و جمیعت مصرف‌کننده مواد محرك و افیونی در آسیب‌پذیری. آسیب‌پذیری که ممکن است موجب شود در بحران‌های زندگی روزمره، افراد غیر مبتلا نیز در معرض آسیب‌های روانی- رفتاری مانند سو مصرف مواد شوند.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد افیونی از میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد محرك به صورت معناداری بیشتر است و تفاوت میانگین معناداری میان مصرف‌کننده‌های مواد افیونی و غیر مبتلا وجود ندارد. همسو با این یافته خاکباز (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داد که بالا رفتن انعطاف‌پذیری روانی، باعث بالا رفتن میانگین نمره تنظیم هیجان و کمک به درمان اعتیاد به مواد محرك می‌شود. همچنین حکمت^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان داد که با افزایش مدت‌زمان سوءصرف مواد، میزان انعطاف‌پذیری کاهش بیشتری می‌یابد. از دیگر پژوهش‌های همسو می‌توان به محمدی، صالح زاده و نصیریان (۱۳۹۴)، فیشر، اسموت و دل‌فابرو^۳ (۲۰۱۶)، آن، لوین و توہیگ^۴ (۲۰۱۵) و اسموت^۵ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که مصرف‌کننده‌های مواد محرك بعد از یک مدت مصرف مواد رفتارهای اجرارگونه و تکراری را نشان می‌دهند. این موارد می‌توانند بیانگر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی این افراد باشد (مکری، ۱۳۹۳). علاوه بر این می‌توان به این مورد اشاره کرد که مصرف‌کنندگان مواد محرك از حیث میزان تخریب و آسیب‌های روانی و روان‌شناختی به مراتب شرایط و خیتمتری آن‌ها صدمه وارد کند، این مورد وقتی قابل درک و مشاهده است که به این نکته توجه کنیم که مصرف‌کنندگان این مواد بعد از یک مدت مصرف، با کاهش عملکردهای شناختی مانند، عدم توانایی در تمرکز، عدم توانایی در انجام دادن محاسبات ریاضی ساده، عدم توان یادگیری و افت شدید عملکردهای فردی (تحصیلی، شغلی و اجتماعی) روبرو می‌شوند (مکری، ۱۳۹۳). از جهتی دیگر می‌توان این‌گونه بیان کرد که افراد مصرف‌کننده مواد محرك با مشکلاتی در مقابله مؤثر و کارآمد با استرس‌ها، احساس بی‌کفایتی و تجربه‌های درونی در موقعیت‌های فردی و اجتماعی روبرو هستند، مشکلاتی که بر اساس مبانی آسیب‌شناختی روانی در نظریه درمان مبنی بر پذیرش و تعهد، این افراد را از لحاظ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین می‌آورد. علاوه بر این، ضعف در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب می‌شود تا افراد

1 Shorey, Stuart& Anderson

2 Hekmat

3 Fischer, Smout, & Delfabbro

4 Lee, An, Levin, & Twohig

5 Smout

دچار آسیب‌های روانی- رفتاری مانند سوءصرف مواد، پس از گرفتار شدن به اعتیاد ناتوان از ترک باشند و بیشتر با مصرف مواد و تبعات آن در گیر بمانند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، به دلیل محدودیت زمانی، محدودیت دسترسی و عدم تمایل بیماران به شرکت در برنامه‌ای که سابقه چندانی با آن نداشتند، نمونه‌گیری زمانبر و مشکل بود. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بود که این روش تعییم‌یافته‌ها را با مشکل رویو می‌کند. امکان بررسی معتادان در شرایط نگهداری در کمپ به دلیل محدودیت و تفاوت آن با فضای آزاد تا حدود زیادی تحلیل‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

پیشنهاد می‌شود که به منظور بررسی اعتیاد و قابل‌اتکا بودن نتایج پژوهش حاضر، پژوهش‌های مشابه با عنوان پژوهش حاضر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی جمعیت خانم نیز صورت گیرد. از جمله پیشنهادهای کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمان گران اعتیاد توجه و تمرکز بیشتری بر مسئله طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انعطاف‌پذیری روانی افراد معتاد به مواد افیونی و محرك داشته باشند تا فرایند ترک درصد بیشتری از توفیق را به همراه داشته باشد. و یا یک طرح و پروتکل درمانی با توجه به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، درمان پذیرش و تعهد مختص معتادان به مواد افیونی و محرك تدوین شود تا خدمات بهتری در کلینیک‌های ترک اعتیاد به مراجعین ارائه شود. این پژوهش بیان‌کننده این است که اعتیاد را باید به صورت یک فرایند نگاه کرد که برای پیشگیری از آن نیاز به آموزش پایه به خانواده و نهادهای اجتماعی دارد و درمان نیز باید به صورت یک دوره درمانی عمیق با تکیه بر تغییر الگوهای ناکارآمد صورت گیرد.

منابع

- اسدی، ز؛ امیری، س و پورکمالی، آ (۱۳۸۹). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال سوءصرف شیشه و افراد عادی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءصرف مواد*, ۴(۱۶)، ۸۵-۹۲.
- اویسی، ع و بخشانی، ن (۱۳۹۱). مقایسه طرح‌واره ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان، *صول بهداشت روانی*, ۱۴(۵۴)، ۱۷۱-۱۶۴.
- خاکباز، ح (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به متاآمفتامین بازتوانی شده (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دانش، ع و آزادی، ح (۱۳۸۵). رابطه ابعاد شخصیتی درون گرایی/ برون گرایی آیزنک با گرایش به انتخاب نوع مواد (کند کننده/ محرك)، *مطالعات روان‌شناختی*, ۲(۳-۴)، ۹-۱۰۲.
- دیوان داری، ح؛ آهی، ق؛ اکبری، ح و مهدیان، ح (۱۳۸۸). فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ: بررسی ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان، *پژوهشنامه تربیتی*, ۵(۲۰)، ۱۰۳-۱۳۴.
- رحمان‌پور، ح؛ حجت، س؛ یعقوبی، م و سید شریفی، س (۱۳۹۴). میزان حساسیت سامانه‌های گرایش و بازداری رفتار در افراد مصرف‌کننده مواد محرك، مخدو و سالم، *دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*, ۷(۴)، ۷۷۱-۷۷۸.
- زرگر، م؛ کاکاوند، ع؛ جلالی، م و صلواتی، م (۱۳۹۰). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار، *روانشناسی کاربردی*, ۵(۱)، ۶۹-۸۴.
- سادوک، ب؛ سادوک، و و روئیز، پ (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی. (ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۵). تهران: /رجمند.
- سیف، ع (۱۳۹۵). معرفی درمان‌های رفتاری و شناختی نسل‌های اول و دوم وسوم با تأکید بر درمان وابسته به پذیرش و تعهد (اکت)، *تهران: نشر دیدار*.
- کاظمی، ر و دیده روشی، س (۱۳۸۹). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان در سوءصرف‌کنندگان مواد و افراد عادی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*, ۱۶(۳)، ۳۳۵.
- محمدی، ل؛ صالح زاده ابرقویی، م و نصیریان، م (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متأدون، *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی بیزد*, ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.
- مک‌کی، م؛ فنینگ، پ؛ لیوف، آ و اسکین، م (۲۰۱۳). رهایی از مشکلات بین فردی، (ترجمه حسن حمیدپور، حسین میرزاپیگ، آنی میناس، ۱۳۹۴). *تهران: /رجمند*.
- مکری، آ (۱۳۹۳). راهنمای درمان سوءصرف مواد محرك بر اساس الگوی تغییریافته ماتریکس، *تهران: سپیدبرگ*.

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءصرف مواد افیونی و محرك
Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

- هیز، ا و استروسال، ک (۲۰۰۴). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی. (ترجمه اکرم خمسه، ۱۳۹۵)، تهران: رجمند.
- یانگ، ج (۱۹۹۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح واره محور. (ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، ۱۳۹۵)، تهران: رجمند.
- یانگ، ج؛ کلوسکو، ژ و ویشار، م (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی. (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۹۳)، تهران: رجمند.
- یوسف نژاد شیروانی، م و پیوسته گر، م (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴۴)، ۶۵-۵۵.

- Dozois, D. J., Martin, R. A., & Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive therapy and research*, 33(6), 585.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 169-177.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2010). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Hekmat, S., Alam Mehrjerdi, Z., Moradi, A., Ekhtiari, H., & Bakhshi, S. (2011). Cognitive flexibility, attention and speed of mental processing in opioid and methamphetamine addicts in comparison with non-addicts. *Basic and Clinical Neuroscience*, 2(2), 12-19.
- Hosseinfard, S. M., & Kaviani, N. (2015). Comparing the early maladaptive schemas, attachment and coping styles in opium and stimulant drugs dependent men in Kerman, Iran. *Addiction & health*, 7(1-2), 30.
- Karami, Z., Massah, O., Farhoudian, A., & O'jei, A. (2015). Early maladaptive schemas in opiate and stimulant users. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2), 10-15.
- Khosravani, V., Mehdizadeh, A., Dortaj, A., Alvani, A., & Amirinezhad, A. (2017). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the abusers of opiate, stimulant, and cannabis drugs and healthy subjects. *Journal of Substance Use*, 22(3), 317-323.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1-7.
- Safarzadeh, S., Esfahaniasl, M., & Bayat, M. R. (2011). The relationship between forgiveness, perfectionism and intimacy and marital satisfaction in Ahwaz Islamic Azad University Married Students. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 9(6), 778-784.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108-116.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a sample of alcohol-and opioid-dependent women: Do schemas vary across disorders? *Addiction research & theory*, 21(2), 132-140.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance abuse*, 31(2), 98-107.