رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۷، شماره پیاپی ۶۴، مهر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(7), 2021

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

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

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.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و میزان انعطاف پذیری روانشناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءمصرف 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 سوءمصرف 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 هرگروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه طرحواره‌های یانگ (۱۹۹۸) و پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته مورد استفاده قرار گرفت. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه، 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($P<۰/۰۵$)و میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد محرک از میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد افیونی و گروه افراد غیر مبتلا به‌صورت معناداری کمتر است($P<۰/۰۵$). بنابراین طراحی و اجرای مداخلات طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد برای مصرف کنندگان مواد افیونی و مواد محرک میتواند تا حد زیادی راهگشا باشد.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف، طرحواره های ناسازگار اولیه، انعطاف پذیری روانی، افیونی، محرک.

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.

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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : مهر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

مقدمه

اعتیاد به مواد افیونی و محرک از مزمن ترین اختلالات رفتاری بشر هستند. اعتیاد با مصرف یک ماده شروع‌شده و با گذشت زمان به علت وابستگی جسمی و روان‌شناختی به مواد ادامه می‌یابد به‌گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده، تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و برای آن‌که بتواند هرزمانی شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به‌ناچار مجبور است که از آن استفاده کند و با گذشت زمان، رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیداکرده و با گذاشتن تأثیرات سمی بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بد کارکردی‌های 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 (سادوک، سادوک و روئیز[1]، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

از ۱۰ طبقه موجود در اختلالات مصرف مواد، اعتیاد به مواد افیونی از قدیمی‌ترین و درعین‌حال شایع‌ترین نوع گرایش به اعتیاد است. از انواع دیگر اختلالات مصرف مواد، محرک ها هستند شیوع بالای مصرف مواد محرک از مهم‌ترین معضلات سلامت در سال‌های اخیر در سطح جهانی می‌باشد. (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). در زمینه وابستگی به مواد- اعم از افیونی و محرک- عوامل گوناگون اجتماعی، خانوادگی، زیستی و روان‌شناختی نقش دارند که در سال‌های اخیر پژوهش‌ها بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکزشده‌اند. اگرچه بر ابعاد اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می‌شود اما سوءمصرف می‌تواند با ویژگی‌های شخصیتی، باورها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرایندهای انعطاف پذیری روانشناختی مربوط باشد(دوزویس، بیلینگ و مارتین[2] ۲۰۰۹؛ گلانتز،۱۹۹۲؛ به نقل از اسدی، امیری و پورکمالی، ۱۳۸۹). در دیدگاه شناختی عامل بنیادینی که بر نحوه تفکر و نگرش‌ها، احساسات و عملکرد با دیگران نقشی اساسی دارد، طرحواره‌ها هستند (یانگ[3]، ۱۹۹۹، ترجمه صاحبی 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. درواقع 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 بیات،۲۰۱۱؛ یوسف نژاد و پیوسته گر، ۱۳۹۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راه‌های ناکارآمدی که افراد از طریق آن یاد می‌گیرند با دیگران و مسائل کنار بیایند اغلب زیربنای نشانه های اختلالاتی مزمنی مثل اضطراب، افسردگی و سوءمصرف مواد به شمار می‌روند. تلاش برای اجتناب از درد روان‌شناختی ناشی از طرحواره‌ها با پناه بردن به رفتارهای طرحواره- خاست، نه‌تنها این درد را از میان نخواهد برد، بلکه آن را عمیق‌تر خواهد کرد. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه معمولاً بی‌قیدوشرط و بسیار انعطاف‌ناپذیرند (مک کی، فنینگ، لیوف و اسکین[4]، ۲۰۱۳، ترجمه حمیدپور، میرزابیگ و میناس، ۱۳۹۴). تصور می‌شود که مصرف مواد یکی از راهبردهای کنارآمدن[5] است که فرد برای اجتناب از درد طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته‌شده به کار می‌برد (یانگ، کلوسکو و ویشار[6]، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳).

از دیدگاه درمان‌های موج سوم مخصوصا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[7]، 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[8] یعنی فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و داشتن یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی باوجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب (فلکسمن، بلکلدج و باند[9]، ۲۰۱۰).

فرایندهای شش‌گانه پذیرش، گسلش، در حال بودن، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و رفتارهای متعهدانه مسئول ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند(هیز و استروسال[10]،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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

خشکی یا عدم انعطاف‌پذیری روانی در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلیل ریشه‌ای و تداوم‌بخش رنج انسان و کارکرد ناسازگارانه مثل اعتیاد است (سیف،۱۳۹۵).

خسروانی، مهدی زاده، دورتاج، الوانی و امیری نژاد[1] (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سیستم بازداری/ گرایش رفتاری و سبک دفاعی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی، محرک، داروهای کانابیس 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 اوجی[2] (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی و محرک پرداخته‌اند که نتایج نشان داد که در طرحواره‌های آسیب‌پذیری به بیماری، خودکنترلی/خودنظم-دهی ناکافی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص، شکست/شرم وابستگی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. گروه مبتلا به سوءمصرف مواد محرک نمرات بالاتری همه طرحواره‌های ناسازگار به‌جز طرحواره‌های بی‌اعتمادی، اطاعت، بی‌ثباتی کسب نموده‌اند.

حسینی فرد و کاویانی[3] (۲۰۱۵) به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه مردان مبتلا به سوءمصرف 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 توهیگ[4] (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 کنترل‌شده نشان داد. این اندازه اثر وقتی‌که داده‌های پیگیری در تجزیه‌وتحلیل 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[5] (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی و الکل پرداخته‌اند. ۲۴۰ زن تحت درمان برای سوءمصرف مواد افیونی یا الکل موردبررسی و ارزیابی قرارگرفته‌اند. نتایج نشان داد که الف) طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین زنان مبتلا به سو مصرف مواد و الکل رایج و پایدار است و ب) زنان مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی تنها در دو طرحواره وابستگی و تنبیه نمرات بالاتری از زنان مبتلا به سوءمصرف الکل کسب نموده‌اند. اسموت[6] و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوءمصرف متاآمفتامین در دو گروه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی) نشان دادند که تأثیر این دو درمان بر مصرف آمفتامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است؛ اما تفاوت‌های گروهی قابل‌توجهی درباره حضور در درمان و نتایج مربوط به متاآمفتامین به دست نیامد.

در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی) بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به متاآمفتامین 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[7] (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 به‌صورت کاملاً قوی اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر آسیب روانی تجربه‌شده توسط افراد را میانجی‌گری می‌نماید.

ازآنجاکه 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 به‌موقع 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 سوءمصرف مواد افیونی و محرک و افراد غیر مبتلا تفاوت معنادار وجود دارد؟

1 Khosravani, Mehdizadeh, Dortaj, Alvani& Amirinezhad
2 Karimi& O'jei
3 Hosseinifard& Kaviani
4 Lee, An, Levin, & Twohig
5 Shorey, Anderson & Stuart
6 Smout
7 Fischer, Smout, & Delfabbro

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

روش

این مطالعه از نوع علی- مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مردان غیر مبتلا و مردان مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد افیونی و محرک 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 محرک یا افیونی داشتند به‌صورتی که تنها یک نوع ماده را فقط مصرف می‌نموده است یا اینکه مصرف ماده دیگر به‌صورت تفننی بوده باشد و اینکه بعد از اتمام مصرف یک ماده محرک یا افیونی به سراغ ماده دیگر رفته باشد. همچنین حداقل یک هفته 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 محرک- هر گروه ۴۵ نفر- و ۴۵ نفر مرد بهنجار بدون سابقه سوءمصرف مواد آماده تحلیل گردید. آزمودنی های این پژوهش از نظر وضعیت سنی در گروه افیونی با میانگین سنی۳۳/۰۹ و از دامنه سنی ۳۵ سال تا ۶۰ سال، در گروه محرک با میانگین سنی ۲۹/۹۸ و از دامنه سنی ۱۸ سال تا ۴۵ سال و درگروه 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، متأهل۲۶نفر و جدا شده ۴ نفر می باشد. در گروه محرک تعداد آزمودنی های مجرد ۱۳ نفر، متأهل۲۷ نفر و جدا شده ۵ نفر می باشد و درگروه غیر مبتلا تعداد آزمودنی های مجرد ۱۶ نفر، متأهل۲۷ نفر و جدا شده ۲ نفر می باشد. تحصیلات دبیرستان۱۴ نفر و دانشگاهی۲ نفر می باشد. همچنین از نظر متغیر جمعیت شناختی تحصیلات، تعداد آزمودنی های گروه افیونی با تحصیلات راهنمایی۲۹ نفر، تحصیلات دبیرستان۱۴ نفر و تحصیلات دانشگاهی۲ نفر می باشد. تعداد آزمودنی های گروه محرک با تحصیلات راهنمایی۲۷ نفر، تحصیلات دبیرستان ۹ نفر و تحصیلات دانشگاهی ۹ نفر می باشد. تعداد آزمودنی های گروه غیر مبتلا با تحصیلات راهنمایی۱۷ 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 شرح‌حال و اطمینان از عدم مصرف هم‌زمان و طولانی‌مدت مواد محرک 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 جمع‌آوری‌شده 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 پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای پژوهش استفاده گردید. در سطح استنباطی از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض (آزمون لوین و شاپیرویلکز)، تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره‌های یانگ[1]: پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یک ابزار خودگزارشدهی برای سنجش طرحواره‌هاست 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 ۲۳۲ 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 به‌دست‌آمده 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 محاسبه‌شده برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۹ بود. در نمونه ایرانی نیز، همسانی درونی برای ۱۵ عامل به‌وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۶۲/. تا ۰/۹ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است (دیوان داری، آهی، اکبری و مهدیان، ۱۳۸۸).

1 Young Schema Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

پرسشنامه پذیرش و عمل[1]: این ابزار ۱۰ آیتمی میزان اجتناب از تجارب درونی فرد را می‌سنجد (بوند[2]و همکاران، ۲۰۱۱).-AAQ 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 درعین‌حال 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 سؤالات بین ۰/۸۴۹ تا ۰/۸۷۳ به دست آورد.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی طرحواره‌های حوزه های پنج گانه ارائه‌شده است:

جدول ۱. آماره‌های توصیفی طرحواره‌های حوزه های پنج گانه

متغیر	گروه	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	افیونی	۴۵	۱۸/۸۹	۸
	محرک	۴۵	۲۴/۸۹	۶/۸۵
	غیر مبتلا	۴۵	۱۲/۷۸	۷/۰۳
رهاشدگی/بی‌ثباتی	افیونی	۴۵	۱۸/۸۴	۵/۹۲
	محرک	۴۵	۱۹/۱۸	۶/۸۹
	غیر مبتلا	۴۵	۱۵/۴۹	۶/۶۱
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	افیونی	۴۵	۲۱/۴۹	۶/۷۲
	محرک	۴۵	۲۱/۸۴	۷/۵۲
	غیر مبتلا	۴۵	۱۶/۶۲	۵/۹۵
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	افیونی	۴۵	۱۵/۵۸	۶/۱۷
	محرک	۴۵	۱۷/۹۱	۶/۹۸
	غیر مبتلا	۴۵	۱۱/۱۶	۶/۳
شرم/نقص	افیونی	۴۵	۱۲/۳۶	۵/۵
	محرک	۴۵	۱۷/۷۶	۶/۲۴
	غیر مبتلا	۴۵	۱۰/۸۹	۴/۹۸
شکست	افیونی	۴۵	۱۱/۲۴	۴/۶۱
	محرک	۴۵	۱۵/۸۷	۸/۳۳
	غیر مبتلا	۴۵	۸/۹۸	۴/۳۱
وابستگی/ بی‌کفایتی	افیونی	۴۵	۱۲/۶۴	۴/۲۹
	محرک	۴۵	۱۵/۸	۷/۶۷
	غیر مبتلا	۴۵	۱۱/۲۹	۶/۵۱
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	افیونی	۴۵	۱۲/۴۷	۷/۵۷
	محرک	۴۵	۱۴/۵۷	۶/۶۴

1 . Acceptance and Action Questionnaire –II

2 . Bond

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

	غیر مبتلا	۴۵	۸/۷۱	۵/۹۱
خود تحول نیافته/ گرفتار	افیونی	۴۵	۱۱/۷۳	۸/۲۹
	محرک	۴۵	۱۵/۶۷	۷/۴۲
	غیر مبتلا	۴۵	۸/۸۷	۴/۹۹
اطاعت	افیونی	۴۵	۱۴/۱۶	۵/۹۵
	محرک	۴۵	۱۹/۱۱	۶/۹۱
	غیر مبتلا	۴۵	۱۱/۳۳	۶/۱۱
ایثار	افیونی	۴۵	۲۱/۱۸	۵/۴۵
	محرک	۴۵	۲۴/۲۴	۵/۶۱
	غیر مبتلا	۴۵	۱۵/۱۶	۶/۸۵
بازداری هیجانی	افیونی	۴۵	۱۹/۸۲	۴/۹۵
	محرک	۴۵	۲۲/۷۳	۴/۸۶
	غیر مبتلا	۴۵	۱۴/۴۲	۶/۵۱
معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی	افیونی	۴۵	۱۵/۵۸	۷/۷۸
	محرک	۴۵	۲۱/۶۴	۶/۰۸
	غیر مبتلا	۴۵	۱۴/۳۳	۵/۲۹
استحقاق/بزرگ‌منشی	افیونی	۴۵	۱۵/۸۴	۵/۸۳
	محرک	۴۵	۱۷/۸۷	۳/۶۵
	غیر مبتلا	۴۵	۱۴/۹۳	۵/۷۱
خویشتن‌داری/ خودانظباطی ناکافی	افیونی	۴۵	۱۴/۵۱	۵/۸۴
	محرک	۴۵	۱۴/۶۴	۳/۲۳
	غیر مبتلا	۴۵	۱۴/۳۶	۷/۵۸

در جدول۲ آماره‌های توصیفی انعطلف پذیری روان‌شناختی ارائه‌شده است:

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نمونه تحت مطالعه به تفکیک گروه

متغیر	گروه	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری روانشناختی	افیونی	۴۵	۳۶/۱۸	۵/۷۷
	محرک	۴۵	۳۰/۶	۵/۸۷
	غیر مبتلا	۴۵	۳۵/۲۷	۷/۵۴

برای بررسی نتایج از تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ارائه‌شده است:

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌ها (افیونی، محرک و غیر مبتلا)

متغیر	زیر مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری
طرحواره‌های حوزه جدایی و طرد	محرومیت هیجانی	بین گروهی	۳۳۰۰/۳۷	۲	۱۶۵۰/۱۸	/۸۶	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۷۰۵۶/۶۷	۱۳۲	۵۳/۴۶	۳۰	
		کل	۱۰۳۵۷/۰۴	۱۳۴			
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	بین گروهی	۳۴۷/۶۸	۲	۱۸۷/۳۴	۴/۴۵	۰/۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

		درون‌گروهی	۵۵۵۳/۷۳	۱۳۲	۴۲/۰۷		
		کل	۵۹۲۸/۴۱	۱۳۴			
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	بین گروهی	۷۶۶/۲۳	۲	۳۸۳/۱۱	۸/۳۸	۰/۰۰
		درون‌گروهی	۶۰۳۵/۷۳	۱۳۲	۴۵/۷۲		
		کل	۶۸۰۱/۹۷	۱۳۴			
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	بین گروهی	۱۰۵۹/۵۷	۲	۵۲۹/۷۸	/۵۵	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۵۵۷۰/۵۳	۱۳۲	۴۲/۲۰	۱۲	
		کل	۶۶۳۰/۱۰	۱۳۴			
	شرم/نقص	بین گروهی	۱۱۷۶/۹۳	۲	۵۸۸/۴۷	/۷۷	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۴۱۳۹/۰۷	۱۳۲	۳۱/۳۵	۱۸	
		کل	۵۳۱۶	۱۳۴			
طرح‌واره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	شکست	بین گروهی	۱۱۰۹/۳۹	۲	۵۵۴/۷۰	/۲۳	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۴۸۰۸/۴۹	۱۳۲	۳۱/۳۶	۱۵	
		کل	۵۹۱۷/۸۸	۱۳۴			
	وابستگی/بی‌کفایتی	بین گروهی	۴۸۲/۱۸	۲	۲۴۱/۰۹	۶/۰۴	۰/۰۰۳
		درون‌گروهی	۵۲۶۶/۷۵	۱۳۲	۳۹/۹		
		کل	۵۷۴۸/۹۳	۱۳۴			
	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	بین گروهی	۸۱۶/۱۹	۲	۴۰۸/۱	۸/۹۸	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۵۹۹۸/۴۴	۱۳۲	۴۵/۴۴		
		کل	۱۴/۶۸/۶۳	۱۳۴			
	خود تحول نیافته/ گرفتار	بین گروهی	۱۰۴۸/۹۳	۲	۵۲۴/۴۶	/۵۷	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۶۵۴۸	۱۳۲	۴۹/۶۰	۱۰	
		کل	۷۵۹۶/۹۳	۱۳۴			
حوزه دیگر جهت مندی	اطاعت	بین گروهی	۱۳۹۵/۲۴	۲	۶۹۷/۶۲	/۳۷	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۵۳۰۲/۳۶	۱۳۲	۴۰/۱۷	۱۷	
		کل	۶۶۷۸/۶	۱۳۴			
	ایثار	بین گروهی	۱۹۲۴/۱۹	۲	۹۶۲/۱	/۷۱	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۴۷۵۴/۸	۱۳۲	۳۶/۰۲	۲۶	
		کل	۶۶۷۸/۹۹	۱۳۴			
گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری	بازداری هیجانی	بین گروهی	۱۶۰۰/۶۴	۲	۸۰۰/۳۲	/۵۱	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۳۹۸۴/۳۶	۱۳۲	۳۰/۱۸	۲۶	
		کل	۵۵۸۴/۹۹	۱۳۴			
	معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی	بین گروهی	۱۳۷۷/۰۸	۲	۶۸۸/۵۴	/۴۴	۰/۰۰۰
		درون‌گروهی	۵۵۲۷/۲۹	۱۳۲	۴۱/۸۷	۱۶	
		کل	۶۹۰/۳۷	۱۳۴			
محدودیت‌های مختل	استحقاق/بزرگ‌منشی	بین گروهی	۲۰۲/۸۶	۲	۱۰۱/۴۳	۳/۸۱	۰/۰۲
		درون‌گروهی	۳۵۱۳/۹۱	۱۳۲	۲۶/۶۲		
		کل	۳۷۱۶/۷۷	۱۳۴			
	خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی	بین گروهی	۱/۸۸	۲	۰/۹۴	/۰۲۹	۰/۹۷
		درون‌گروهی	۴۳۳۵/۸۶	۱۳۲	۳۲/۸۵	۰	
		کل	۴۳۳۷/۷۵	۱۳۴			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

به‌منظور بررسی و شناسایی تفاوت بین گروه‌ها به‌صورت زوجی، آزمون تعقیبی شفه برای این طرحواره‌ها اجرا گردید. نتایج این آزمون در جدول (۴) گزارش‌شده است:

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه

طرحواره	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	افیونی	محرک	-۶*	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۶/۱۱*	۰/۰۰۱
	محرک	غیر مبتلا	۱۱/۱۲*	۰/۰۰۱
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	افیونی	محرک	-۰/۳۳	۰/۹۷
		غیر مبتلا	۳/۳۶*	۰/۰۵
	محرک	غیر مبتلا	۳/۷*	۰/۰۳
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	افیونی	محرک	۰/۳۶	۰/۶۹
		غیر مبتلا	۴/۸۷*	۰/۰۰۴
	محرک	غیر مبتلا	۵/۲۲*	۰/۰۰۲
انزوای اجتماعی/بیگانگی	افیونی	محرک	-۲/۳۳	۰/۲۴
		غیر مبتلا	۴/۴۲*	۰/۰۰۷
	محرک	غیر مبتلا	۶/۷۵*	۰/۰۰۱
شرم/نقص	افیونی	محرک	-۵/۴*	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۱/۴۶	۰/۴۶
	محرک	غیر مبتلا	۶/۸۷*	۰/۰۰۱
شکست	افیونی	محرک	-۴/۶۲*	۰/۰۰۲
		غیر مبتلا	۲/۲۶	۰/۲۱
	محرک	غیر مبتلا	۶/۸۹*	۰/۰۰۱
وابستگی/بی‌کفایتی	افیونی	محرک	-۳/۱۵	۰/۰۶۴
		غیر مبتلا	۱/۳۵	۰/۶
	محرک	غیر مبتلا	۴/۵۱*	۰/۰۰۴
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	افیونی	محرک	-۲/۲	۰/۳
		غیر مبتلا	۳/۷۶*	۰/۰۳۳
	محرک	غیر مبتلا	۵/۹۵*	۰/۰۰۱
خود تحول نیافته/ گرفتار	افیونی	محرک	-۳/۹۳*	۰/۰۳
		غیر مبتلا	۲/۸۶	۰/۱۶
	محرک	غیر مبتلا	۶/۸*	۰/۰۰۱
اطاعت	افیونی	محرک	-۴/۹۵*	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۲/۸۲	۰/۱۱
	محرک	غیر مبتلا	۷/۷۸*	۰/۰۰۱
ایثار	افیونی	محرک	-۳/۰۷	۰/۰۵۶
		غیر مبتلا	۶/۰۲*	۰/۰۰۱
	محرک	غیر مبتلا	۹/۰۹*	۰/۰۰۱
بازداری هیجانی	افیونی	محرک	-۲/۹۱*	۰/۰۴۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

			غیر مبتلا	۵/۴*	۰/۰۰۱
		محرک	غیر مبتلا	۸/۳۱*	۰/۰۰۱
معیارهای	سرسختانه/	افیونی	محرک	-۶/۰۷*	۰/۰۰۱
عیب‌جویی			غیر مبتلا	۱/۲۴	۰/۶۶
		محرک	غیر مبتلا	۷/۳۱*	۰/۰۰۱
استحقاق/ بزرگ‌منشی		افیونی	محرک	-۲/۰۲	۰/۱۸
			غیر مبتلا	۰/۹۱	۰/۷
		محرک	غیر مبتلا	۲/۹۳*	۰/۰۲۹

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌ها (افیونی، محرک و غیر مبتلا)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fمقدار	سطح معناداری
بین گروهی	۸۰۵/۷۹	۲	۴۰۲/۹	۹/۷	۰/۰۰۰
درون‌گروهی	۵۴۸۲/۱۸	۱۳۲	۴۱/۵۳		
کل	۶۲۸۷/۹۷	۱۳۴			

جدول ۶) مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	افیونی	محرک	۵/۵۸*	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۰/۹۱	۰/۸
	محرک	غیر 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 محرک به‌صورت معناداری (Sig = ۰/۰۰۰) بیشتر است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میانگینی معناداری (Sig = ۰/۸) میان مصرف‌کننده‌های مواد افیونی و غیر مبتلا وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه مصرف‌کننده مواد محرک (تفاوت میانگین = ۴/۶۷-) به‌صورت معناداری (Sig = ۰/۰۰۱) کمتر از گروه غیر مبتلا است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی و محرک انجام شد. نتایج نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد افیونی و مواد محرک میانگین بالاتر معناداری نسبت به گروه غیر مبتلا دارند، همچنین نتایج بیانگر این بود که مصرف‌کنندگان مواد محرک میانگین بالاتر معناداری نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همسو با این یافته پژوهش حاضر کریمی و اوجی[1] (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که در طرحواره‌های آسیب‌پذیری به بیماری، خودکنترلی/خودنظم‌دهی ناکافی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص، شکست/شرم وابستگی گروه مبتلا به سوءمصرف مواد محرک نمرات بالاتری نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همچنین اویسی و بخشانی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که گروه مردان مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی در حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی، عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی نمرات بالاتری نسبت به گروه غیر

1 Karimi& O'jei

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

مبتلا دارند. پژوهش‌های زرگر و همکاران (۱۳۹۰)، کاظمی و دیده روشنی (۱۳۸۹) و شوری، استوارت و اندرسون[1] (۲۰۱۲) ازجمله پژوهش‌های همسو به یافته‌های این پژوهش است.

همان‌طور که ذکرشده است طرحواره‌های ناسازگار به‌طورکلی 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 معلول آن باشند. بااین‌حال 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 محرک 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 مختل تفاوت معناداری بین گروه مصرف‌کننده مواد محرک و دو گروه دیگر بوده است. این تفاوت‌ها نشان دهنده آسیب‌های شدید در ساختار روانی و شخصیتی افراد مصرف‌کننده مواد محرک 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 (محرک) 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 یک‌سو نشان می‌دهد که رفتارهای توأم با خشونت و طرد در دوران کودکی عاملی مهم برای گرایش به رفتارهای سوءمصرف مواد در بزرگ‌سالی تلقی شود. از سوی دیگر نبود تفاوت معنادار بین این گروه‌ها در بعضی از طرحواره‌ها بالخصوص طرحواره‌های حوزه محدودیت‌های مختل، می‌تواند دلیلی باشد بر تشابه جمعیت عمومی و جمیعت مصرف‌کننده مواد محرک 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 محرک به‌صورت معناداری بیشتر است و تفاوت میانگینی 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 محرک می‌شود. همچنین حکمت[2] و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان داد که با افزایش مدت‌زمان سوءمصرف مواد، میزان انعطاف‌پذیری کاهش بیشتری می‌یابد. از دیگر پژوهش‌های همسو می‌توان به محمدی، صالح زاده و نصیریان (۱۳۹۴)، فیشر، اسموت و دل‌فابرو[3] (۲۰۱۶)، لی، آن، لوین و توهیگ[4] (۲۰۱۵) و اسموت[5] و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان به این مورداشاره کرد که مصرف‌کننده‌های مواد محرک بعد از یک مدت مصرف مواد رفتارهای اجبارگونه و تکراری را نشان می‌دهند. این موارد می‌تواند بیانگر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی این افراد باشد (مکری، ۱۳۹۳). علاوه بر این می‌توان به این مورداشاره کرد که مصرف‌کنندگان مواد محرک از حیث میزان تخریب و آسیب‌های روانی و روان‌شناختی به‌مراتب شرایط وخیم‌تری پیدا می‌کنند (رحمان پور، حجت، یعقوبی و سیدشریفی، ۱۳۹۴) که می‌تواند به عملکردها و کارکردهای انعطاف‌پذیری روانشناختی آن‌ها صدمه وارد کند، این مورد وقتی قابل‌درک 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 محرک 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 آسیب‌شناسی روانی در نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این افراد را از لحاظ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین می آورد. 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

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

از جمله محدودیت های 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 به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بود که این روش تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل روبرو می‌کند. امکان بررسی معتادان در شرایط نگهداری در کمپ به دلیل محدودیت و تفاوت آن با فضای آزاد تا حدود زیادی تحلیل ها را تحت تاثیر قرار می دهد.

پیشنهاد می‌شود که به‌منظور بررسی اعتبار 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 محرک 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 محرک تدوین شود تا خدمات بهتری در کلینیک‌های ترک اعتیاد به مراجعین ارائه شود. این پژوهش بیان‌کننده این است که اعتیاد را باید به‌صورت یک فرایند نگاه کرد که برای پیشگیری از آن نیاز به آموزش پایه به خانواده و نهادهای اجتماعی دارد و درمان نیز باید به‌صورت 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 سوءمصرف شیشه و افراد عادی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف 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، *اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۴)، ۱۷۱-۱۶۴.

خاکباز، ح (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برتنظیم 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/ محرک)، *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۳-۴)، ۱۰۹-۱۲۳.

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 سامانه های گرایش و بازداری رفتار در افراد مصرف‌کننده مواد محرک، مخدر 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 مقابله ای 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 روان پزشکی: علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی. (ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۵). تهران: *ارجمند*.

سیف، ع (۱۳۹۵). معرفی درمان‌های رفتاری و شناختی نسل های اول و دوم وسوم با تأکید بر درمان وابسته به پذیرش و تعهد (اکت)، تهران: *نشر دیدار*.

کاظمی، ر و دیده روشنی، س (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان در سوءمصرف‌کنندگان 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 متادون، *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳ (۹)، ۸۵۳- ۸۶۱

مک کی، م؛ فنینگ، پ؛ لیوف، آ و اسکین، م. (۲۰۱۳). *رهایی از مشکلات بین فردی*، (ترجمه حسن حمیدپور، حسین میرزابیگ، آنی میناس، ۱۳۹۴). تهران: *ارجمند*.

مکری، آ (۱۳۹۳). راهنمای درمان سوءمصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییریافته ماتریکس، تهران: *سپیدبرگ*.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]

هیز، ا و استروسال، ک (۲۰۰۴). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی. (ترجمه اکرم خمسه، ۱۳۹۵)، تهران: *ارجمند*.
یانگ، ج (۱۹۹۹). شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح واره محور. (ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، ۱۳۹۵). تهران: *ارجمند*.
یانگ، ج؛ کلوسکو، ژ و ویشار، م (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی. (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۹۳). تهران: *ارجمند*.
یوسف نژاد شیروانی، م و پیوسته گر، م (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرح‌واره‌های نا سازگار 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.

Hosseinifard, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.12.4]