

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد

مبتلا به سوء مصرف 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.

محمد حسین 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 انعطاف پذیری روانشناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوء مصرف به مواد افیونی و محرک بود. این مطالعه از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مردان غیر مبتلا و مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد افیونی و محرک مراجعه کننده به مراکز درمانی و کمپ های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بوده است. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند بود که برای هر گروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. به منظور جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه طرحواره های 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 یک راهه، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه مصرف کنندگان مواد افیونی و مواد محرک میانگین بالاتر معناداری نسبت به گروه غیر مبتلا دارند ($P < 0/05$) و میانگین انعطاف پذیری روان شناختی گروه مصرف کننده مواد محرک از میانگین انعطاف پذیری روان شناختی گروه مصرف کننده 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 راهگشا باشد.

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

اعتیاد به مواد افیونی و محرک از مزمن ترین اختلالات رفتاری بشر هستند. اعتیاد با مصرف یک ماده شروع شده و با گذشت زمان به علت وابستگی جسمی و روان شناختی به مواد ادامه می یابد به گونه ای 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 کار کردی های رفتاری، روان شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی را ایجاد می کند که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع تر در جامعه می شود (سادوک، سادوک و روئیز^۱، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

از ۱۰ طبقه موجود در اختلالات مصرف مواد، اعتیاد به مواد افیونی از قدیمی ترین و در عین حال شایع ترین نوع گرایش به اعتیاد است. از انواع دیگر اختلالات مصرف مواد، محرک ها هستند شیوع بالای مصرف مواد محرک از مهم ترین معضلات سلامت در سال های اخیر در سطح جهانی می باشد. (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). در زمینه وابستگی به مواد- اعم از افیونی و محرک- عوامل گوناگون اجتماعی، خانوادگی، زیستی و روان شناختی نقش دارند که در سال های اخیر پژوهش ها بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چند گانه متمرکز شده اند. اگر چه بر ابعاد اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می شود اما سوء مصرف می تواند با ویژگی های شخصیتی، باورها، طرحواره های ناسازگار اولیه و فرایندهای انعطاف پذیری روان شناختی مربوط باشد (دوزویس، بیلینگ و مارتین^۲، ۲۰۰۹؛ گلانتز، ۱۹۹۲؛ به نقل از اسدی، امیری و پور کمالی، ۱۳۸۹). در دیدگاه شناختی عامل بنیادینی که بر نحوه تفکر و نگرش ها، احساسات و عملکرد با دیگران نقشی اساسی دارد، طرحواره ها هستند (یانگ^۳، ۱۹۹۹، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۹۵). طرحواره های ناسازگار اولیه، باورهای افراد درباره خود، دیگران و دنیا هستند که از ارضا نشدن نیازهای اولیه و عاطفی، تجارب اولیه کودکی و خلق و خوی هیجانی سرچشمه می گیرند. درواقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زمان ثابت و پابرجا هستند و اساس شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طرحواره ها به شخص کمک می کنند 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).

طرحواره های ناسازگار اولیه و راه های ناکارآمدی که افراد از طریق آن یاد می گیرند با دیگران و مسائل کنار بیایند اغلب زیربنای نشانه های اختلالات مزمنی مثل اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد به شمار می روند. تلاش برای اجتناب از درد روان شناختی ناشی از طرحواره ها با پناه بردن به رفتارهای طرحواره- خاست، نه تنها این درد را از میان نخواهد برد، بلکه آن را عمیق تر خواهد کرد. همچنین طرحواره های ناسازگار اولیه معمولاً بی قید و شرط و بسیار انعطاف ناپذیرند (مک کی، فنینگ، لیوف و اسکین^۴، ۲۰۱۳، ترجمه حمیدپور، میرزابیگ و میناس، ۱۳۹۴). تصور می شود که مصرف مواد یکی از راهبردهای کنار آمدن^۵ است که فرد برای اجتناب از درد طرحواره های ناسازگار برانگیخته شده به کار می برد (یانگ، کلوکو و ویشار^۶، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳).

از دیدگاه درمان های موج سوم مخصوصاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷، افزایش سلامت روان، در اصل با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی ارتباط دارد و نه کاهش علائم و نشانه های اختلال روانی. مفهومی که اشاره به توانایی و نحوه مواجهه و سازگاری افراد با افکار، عواطف و احساسات نامطلوب دارد را انعطاف پذیری روانی می نامند. انعطاف پذیری روانی^۸ یعنی فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و داشتن یک زندگی رضایت بخش تر، حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب (فلکسمن، بلکلدج و باند^۹، ۲۰۱۰).

فرایندهای شش گانه پذیرش، گسلش، در حال بودن، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و رفتارهای متعهدانه مسئول ارتقای انعطاف پذیری روان شناختی هستند (هیز و استروسال^{۱۰}، ۲۰۰۴، ترجمه خمسه، ۱۳۹۵). نبود یک یا چندتا از آن ها موجب خشکی روان شناختی می شود.

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 انعطاف پذیری 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^۱ (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^۲ (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 به جز طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی، اطاعت، بی‌ثباتی کسب نموده‌اند. حسینی فرد و کاویانی^۳ (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^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 کنترل‌شده 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 سوءمصرف مواد افیونی و الکل پرداخته‌اند. ۲۴۰ زن تحت درمان برای سوءمصرف مواد افیونی یا الکل مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داد که الف) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و الکل رایج و پایدار است و ب) زنان مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تنها در دو طرح‌واره وابستگی و تنبیه نمرات بالاتری از زنان مبتلا به سوء مصرف الکل کسب نموده‌اند. اسموت^۶ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوء مصرف مت‌آمفتامین 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 قابل توجهی درباره حضور در درمان و نتایج مربوط به مت‌آمفتامین به دست نیامد.

در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی) بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین 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 تجربه‌شده توسط افراد را میانجی‌گری می‌نماید.

از آنجاکه 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 سوء مصرف مواد افیونی و محرک و افراد غیر مبتلا تفاوت معنادار وجود دارد؟

1 Khosravani, Mehdi zadeh, 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

این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مردان غیر مبتلا و مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد افیونی و محرک مراجعه کننده 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 به صورتی که تنها یک نوع ماده را فقط مصرف می نموده است یا اینکه مصرف ماده دیگر به صورت تغنی 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 نمونه گیری در این پژوهش، روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند بوده است. در مجموع اطلاعات ۹۰ فرد مصرف کننده مواد افیونی و محرک- هر گروه ۴۵ نفر- و ۴۵ نفر مرد بهنجار بدون سابقه سوء مصرف 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 محرک 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، متأهل ۲۶ نفر و جدا شده ۴ نفر می باشد. در گروه محرک 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 محرک 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. به منظور جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه طرحواره های یانگ (YSQ) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) و اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته مورداستفاده قرار گرفت.

پس از اخذ مجوزهای لازم، به بخش های درمانی و نگهداری ترک اعتیاد شهر یزد مراجعه گردید. پس از مصاحبه اولیه و بررسی تاریخچه و شرح حال و اطمینان از عدم مصرف هم زمان و طولانی مدت مواد محرک و افیونی، در مورد اهداف پژوهش با آنها صحبت گردید. در صورت داشتن تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش، پرسش نامه ها در اختیار این افراد قرار می گرفت تا بدان ها پاسخ دهند. داده های جمع آوری شده در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در سطح توصیفی از جدول شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای پژوهش استفاده گردید. در سطح استنباطی از آزمون های بررسی پیش فرض (آزمون لوین و شاپیروویلکز)، تحلیل واریانس یک راهه، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره های یانگ: پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه یک ابزار خود گزارشده برای سنجش طرحواره ها است که به بررسی طرحواره ها یا باورهای ناسازگار اولیه می پردازد. باورهای ناسازگار اولیه عمیق ترین سطح شناخت هستند که در دوران کودکی به وجود آمده اند و به زندگی بزرگسالی راه یافته اند و تا حد زیادی ناکارآمدند. نسخه اصلی پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه ۳۳۲ سؤالی است. این پرسش نامه یک فرم کوتاه نیز دارد که در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ ساخته شد. فرم کوتاه این پرسش نامه شامل ۷۵ سؤال لیکرت شش درجه ای از کاملاً در مورد من صدق می کند (۶) تا اصلاً در مورد من صدق نمی کند (۱) است. پایایی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ به دست آمده است که نشان دهنده روایی بالای آن است. ضرایب آزمون-بازآزمون بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. روایی واگرایی ۰/۹ و روایی همگرایی ۰/۸۵ نشان دهنده ویژگی های روان سنجی مطلوب آن است. ثبات درونی محاسبه شده برای خرده مقیاس های پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۹ بود. در نمونه ایرانی نیز، همسانی درونی برای ۱۵ عامل به وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹ 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). 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 درعین 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 سؤالات 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
	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

۱ . Acceptance and Action Questionnaire –II

۲ . Bond

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و محرک
Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

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

در جدول ۲ آماره های توصیفی انعطاف پذیری روان شناختی ارائه شده است:

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف پذیری روان شناختی نمونه تحت مطالعه به تفکیک گروه

متغیر	گروه	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار
انعطاف پذیری 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 یک راهه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ارائه شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه ها (افیونی، محرک و غیر مبتلا)

متغیر	زیر مقیاس	منبع	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح
طرحواره های حوزه جدایی و طرد	محروریت هیجانی	بین گروهی	۳۳۰۰/۳۷	۲	۱۶۵۰/۱۸	۱/۸۶	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۷۰۵۶/۶۷	۱۳۲	۵۳/۴۶	۳۰	
	کل		۱۰۳۵۷/۰۴	۱۳۴			
رهاشده گی/بی ثباتی	بین گروهی		۳۴۷/۶۸	۲	۱۸۷/۳۴	۴/۴۵	۰/۰۱

درون گروهی	۵۵۵۳/۷۳	۱۳۲	۴۲/۰۷		
کل	۵۹۲۸/۴۱	۱۳۴			
بین گروهی	۷۶۶/۲۳	۲	۳۸۳/۱۱	۸/۳۸	۰/۰۰
درون گروهی	۶۰۳۵/۷۳	۱۳۲	۴۵/۷۲		
کل	۶۸۰۱/۹۷	۱۳۴			
بین گروهی	۱۰۵۹/۵۷	۲	۵۲۹/۷۸	۵/۵۵	۰/۰۰۰
درون گروهی	۵۵۷۰/۵۳	۱۳۲	۴۲/۲۰	۱۲	
کل	۶۶۳۰/۱۰	۱۳۴			
بین گروهی	۱۱۷۶/۹۳	۲	۵۸۸/۴۷	۷/۷۷	۰/۰۰۰
درون گروهی	۴۱۳۹/۰۷	۱۳۲	۳۱/۳۵	۱۸	
کل	۵۳۱۶	۱۳۴			
بین گروهی	۱۱۰۹/۳۹	۲	۵۵۴/۷۰	۲/۲۳	۰/۰۰۰
درون گروهی	۴۸۰۸/۴۹	۱۳۲	۳۱/۳۶	۱۵	
کل	۵۹۱۷/۸۸	۱۳۴			
بین گروهی	۴۸۲/۱۸	۲	۲۴۱/۰۹	۶/۰۴	۰/۰۰۳
درون گروهی	۵۲۶۶/۷۵	۱۳۲	۳۹/۹		
کل	۵۷۴۸/۹۳	۱۳۴			
بین گروهی	۸۱۶/۱۹	۲	۴۰۸/۱	۸/۹۸	۰/۰۰۰
درون گروهی	۵۹۹۸/۴۴	۱۳۲	۴۵/۴۴		
کل	۱۴/۶۸/۶۳	۱۳۴			
بین گروهی	۱۰۴۸/۹۳	۲	۵۲۴/۴۶	۵/۵۷	۰/۰۰۰
درون گروهی	۶۵۴۸	۱۳۲	۴۹/۶۰	۱۰	
کل	۷۵۹۶/۹۳	۱۳۴			
بین گروهی	۱۳۹۵/۲۴	۲	۶۹۷/۶۲	۳/۳۷	۰/۰۰۰
درون گروهی	۵۳۰۲/۳۶	۱۳۲	۴۰/۱۷	۱۷	
کل	۶۶۷۸/۶	۱۳۴			
بین گروهی	۱۹۲۴/۱۹	۲	۹۶۲/۱	۷/۷۱	۰/۰۰۰
درون گروهی	۴۷۵۴/۸	۱۳۲	۳۶/۰۲	۲۶	
کل	۶۶۷۸/۹۹	۱۳۴			
بین گروهی	۱۶۰۰/۶۴	۲	۸۰۰/۳۲	۵/۵۱	۰/۰۰۰
درون گروهی	۳۹۸۴/۳۶	۱۳۲	۳۰/۱۸	۲۶	
کل	۵۵۸۴/۹۹	۱۳۴			
بین گروهی	۱۳۷۷/۰۸	۲	۶۸۸/۵۴	۴/۴۴	۰/۰۰۰
درون گروهی	۵۵۲۷/۲۹	۱۳۲	۴۱/۸۷	۱۶	
کل	۶۹۰/۳۷	۱۳۴			
بین گروهی	۲۰۲/۸۶	۲	۱۰۱/۴۳	۳/۸۱	۰/۰۰۲
درون گروهی	۳۵۱۳/۹۱	۱۳۲	۲۶/۶۲		
کل	۳۷۱۶/۷۷	۱۳۴			
بین گروهی	۱/۸۸	۲	۰/۹۴	۰/۲۹	۰/۹۷
درون گروهی	۴۳۳۵/۸۶	۱۳۲	۳۲/۸۵	۰	
کل	۴۳۳۷/۷۵	۱۳۴			

بی‌اعتمادی/بدرفتاری

انزوای
اجتماعی/بیگانگی

شرم/نقص

شکست

وابستگی/بی‌کفایتی

آسیب‌پذیری نسبت به
ضرر یا بیماریخود تحول نیافته/
گرفتار

اطاعت

طرح‌واره‌های
حوزه خودگردانی
و عملکرد مختلحوزه دیگر جهت
مندی

بازداری هیجانی

گوشه‌زنگی
افراطی و بازداریمعیارهای
سرستخانه/عیب‌جویی

استحقاق/بزرگ‌منشی

محدودیت‌های
مختلخویش‌داری و خود
انضباطی ناکافی

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و محرک
Comparing early maladaptive schemas, psychosocial flexibility in Non-addictive people and opium and stimulant addicts

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

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه ها در متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	افیونی	محرک	*۶-	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	*۶/۱۱	۰/۰۰۱
	محرک	غیر مبتلا	*۱۱/۱۲	۰/۰۰۱
	افیونی	محرک	*۰/۳۳-	۰/۹۷
رهاشدگی / بی ثباتی		غیر مبتلا	*۳/۳۶	۰/۰۵
	محرک	غیر مبتلا	*۳/۷	۰/۰۳
بی اعتمادی / بد رفتاری	افیونی	محرک	۰/۳۶	۰/۶۹
		غیر مبتلا	*۴/۸۷	۰/۰۰۴
	محرک	غیر مبتلا	*۵/۲۲	۰/۰۰۲
	افیونی	محرک	*۲/۳۳-	۰/۲۴
انزوای اجتماعی/بیگانگی		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
	افیونی	محرک	*۴/۶۲-	۰/۰۰۲
شکست		غیر مبتلا	۲/۲۶	۰/۲۱
	محرک	غیر مبتلا	*۶/۸۹	۰/۰۰۱
وابستگی/بی کفایتی	افیونی	محرک	*۳/۱۵-	۰/۰۶۴
		غیر مبتلا	۱/۳۵	۰/۶
	محرک	غیر مبتلا	*۴/۵۱	۰/۰۰۴
	افیونی	محرک	*۲/۲-	۰/۳
آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری		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
	افیونی	محرک	*۴/۹۵-	۰/۰۰۱
اطاعت		غیر مبتلا	۲/۸۲	۰/۱۱
	محرک	غیر مبتلا	*۷/۷۸	۰/۰۰۱
	افیونی	محرک	*۳/۰۷-	۰/۰۵۶
		غیر مبتلا	*۶/۰۲	۰/۰۰۱
ایثار	محرک	غیر مبتلا	*۹/۰۹	۰/۰۰۱
	افیونی	محرک	*۲/۹۱-	۰/۰۴۶
بازداری هیجانی				

غیر مبتلا	۵/۴*	۰/۰۰۱
محرك	۸/۳۱*	۰/۰۰۱
افيوونى	۶/۰۷*	۰/۰۰۱
غیر مبتلا	۱/۲۴	۰/۶۶
محرك	۷/۳۱*	۰/۰۰۱
افيوونى	۲/۰۲	۰/۱۸
غیر مبتلا	۰/۹۱	۰/۷
محرك	۲/۹۳*	۰/۰۲۹

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه انعطاف پذیری روان شناختی در گروه‌ها (افیونی، محرك و غیر مبتلا)

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

جدول ۶) مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی و محرك انجام شد. نتایج نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد افیونی و مواد محرك میانگین بالاتر معناداری نسبت به گروه غیر مبتلا دارند، همچنین نتایج بیانگر این بود که مصرف‌کنندگان مواد محرك میانگین بالاتر معناداری نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همسو با این یافته پژوهش حاضر کریمی و اوجی^۱ (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 محرك نمرات بالاتری نسبت به مصرف‌کنندگان مواد افیونی دارند. همچنین اوپسی 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

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

همان طور که ذکر شده است طرحواره های ناسازگار به طور کلی بخش های زیرین و عمیق شناخت های فرد از خود و دنیای اطراف را تشکیل می دهند و به رفتارهای افراد سمت و سو می دهند. به همین دلیل طرحواره های ناسازگار می توانند علت اعتیاد و یا در مواردی معلول آن باشند. با این حال به این دلیل که ساختار طرحواره ها از نخستین سال های زندگی شکل می گیرد و تقویت می شود به نظر سمت و سوی این تأثیرگذاری به سمت طرحواره های ناسازگار است؛ یعنی شواهد نشان می دهند که افرادی که طرحواره ی ناسازگار دارند بیش از دیگران در معرض خطر اعتیاد به مواد قرار می گیرند (حسینی فرد و کاویانی، ۲۰۱۵).

با توجه به اینکه در کلیه طرحواره ها، افراد مصرف کننده مواد محرک نمرات بالاتری نسبت به گروه مصرف کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا کسب نموده اند و در مقایسه با گروه مصرف کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا، در تعداد زیادی از طرحواره ها، بالخصوص در طرحواره های حوزه های طرد و جدایی و خودگردانی و عملکرد مختل تفاوت معناداری بین گروه مصرف کننده مواد محرک و دو گروه دیگر بوده است. این تفاوت ها نشان دهنده آسیب های شدید در ساختار روانی و شخصیتی افراد مصرف کننده مواد محرک نسبت به افراد مصرف کننده مواد افیونی و گروه غیر مبتلا است. این آسیب شدیدتر در بنیان های شخصیتی ممکن است تبیین کننده گرایش این افراد به سمت مصرف مواد صنعتی (محرک) است که البته آسیب های جسمی و روانی شدیدتری را نیز در پی دارد.

مقایسه بین دو گروه مصرف کننده مواد افیونی و غیر مبتلا که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. این امر از یک سو نشان می دهد که رفتارهای توأم با خشونت و طرد در دوران کودکی عاملی مهم برای گرایش به رفتارهای سوء مصرف مواد در بزرگسالی تلقی شود. از سوی دیگر نبود تفاوت معنادار بین این گروه ها در بعضی از طرحواره ها بالخصوص طرحواره های حوزه محدودیت های مختل، می تواند دلیلی باشد بر تشابه جمعیت عمومی و جمعیت مصرف کننده مواد محرک و افیونی در آسیب پذیری. آسیب پذیری که ممکن است موجب شود در بحران های زندگی روزمره، افراد غیر مبتلا نیز در معرض آسیب های روانی - رفتاری مانند سو مصرف مواد شوند.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین انعطاف پذیری روان شناختی گروه مصرف کننده مواد افیونی از میانگین انعطاف پذیری روان شناختی گروه مصرف کننده مواد محرک به صورت معناداری بیشتر است و تفاوت میانگینی معناداری میان مصرف کننده های مواد افیونی و غیر مبتلا وجود ندارد. همسو با این یافته خاکباز (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داد که بالا رفتن انعطاف پذیری روانی، باعث بالا رفتن میانگین نمره تنظیم هیجان و کمک به درمان اعتیاد به مواد محرک می شود. همچنین حکمت^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه ای نشان داد که با افزایش مدت زمان سوء مصرف مواد، میزان انعطاف پذیری کاهش بیشتری می یابد. از دیگر پژوهش های همسو می توان به محمدی، صالح زاده و نصیریان (۱۳۹۴)، فیشر، اسموت و دل فابرو^۳ (۲۰۱۶)، لی، آن، لوین و توهیگ^۴ (۲۰۱۵) و اسموت^۵ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد.

در تبیین این یافته پژوهش می توان به این مورد اشاره کرد که مصرف کننده های مواد محرک بعد از یک مدت مصرف مواد رفتارهای اجبارگونه و تکراری را نشان می دهند. این موارد می تواند بیانگر انعطاف ناپذیری روان شناختی این افراد باشد (مکری، ۱۳۹۳). علاوه بر این می توان به این مورد اشاره کرد که مصرف کنندگان مواد محرک از حیث میزان تخریب و آسیب های روانی و روان شناختی به مراتب شرایط وخیم تری پیدا می کنند (رحمان پور، حجت، یعقوبی و سیدشریفی، ۱۳۹۴) که می تواند به عملکردها و کارکردهای انعطاف پذیری روان شناختی آن ها صدمه وارد کند، این مورد وقتی قابل درک و مشاهده است که به این نکته توجه کنیم که مصرف کنندگان 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 می شوند (مکری، ۱۳۹۳). از جهتی دیگر می توان این گونه بیان کرد که افراد مصرف کننده مواد محرک با مشکلاتی در مقابله مؤثر و کارآمد با استرس ها، احساس بی کفایتی و تجربه های درونی در موقعیت های فردی و اجتماعی روبرو هستند، مشکلاتی که بر اساس مبانی آسیب شناسی روانی در نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این افراد را از لحاظ انعطاف پذیری روان شناختی پایین می آورد. علاوه بر این، ضعف در انعطاف پذیری روان شناختی موجب می شود تا افراد

1 Shorey, Stuart & Anderson

2 Hekmat

3 Fischer, Smout, & Delfabbro

4 Lee, An, Levin, & Twohig

5 Smout

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 محدودیت‌های این پژوهش، به دلیل محدودیت زمانی، محدودیت دسترسی و عدم تمایل بیماران به شرکت در برنامه‌ای که سابقه چندان با آن نداشتند، نمونه‌گیری زمان‌بر و مشکل بود. نمونه‌گیری به صورت 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 تحلیل‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

پیشنهاد می‌شود که به منظور بررسی اعتبار و قابل اتکا 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 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 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) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به متامفتامین 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(۴-۳)، 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.
- رحمان پور، 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: /رحمندی. سیف، ع (۱۳۹۵). معرفی درمان‌های رفتاری و شناختی نسل های اول و دوم و سوم 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 میرزاییگ، آنی میناس، ۱۳۹۴). تهران: /رحمندی.
- مکری، آ (۱۳۹۳). راهنمای درمان سوءمصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس، تهران: سپیدبرگ.

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و محرک
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: /ارجمند.
- یانگ، ج (۱۹۹۹). شناخت درمانی 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 طرحواره های 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.
- Hosseini-fard, 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.