مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران وابسته به مواد یا عضو خانواده‌های وابسته به مواد و دختران عادی

لیلا ترابیان[۱]
زهرا قنبری[۲]
دکتر طیبه ماهروزاده[۳]

چکیده

انتقال به دوره نوجوانی ممکن است به اقدامات و تجارب خطرناکی بینجامد. زمینه‌های روان شناختی اولیه دوران کودکی در شکل گیری الگوهای عادتی و رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد در دوره نوجوانی تاثیر گذارند. هدف از این پژوهش مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه دختران ۱۵ تا۲۰ ساله در چهار گروه وابسته به مواد، عضو خانواده های وابسته به مواد، وابسته دارای خانواده درگیر مواد و دختران عادی بوده است. این پژوهش به روش علی- مقایسه‌ای انجام شده و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره های یانگ (فرم کوتاه ،۷۵ سؤالی) گردآوری شده است. جامعه آماری پژوهش دو گروه بوده‌اند: گروه اول دختران نوجوان دبیرستانی که خود یا اعضای خانواده شان وابسته به مواد هستند. از این گروه ۱۳۰ نفر به صورت دردسترس یا واسطه‌ای شناسایی شده‌اند، که ۱۲۳ نفر از آنان تا انتهای پژوهش همکاری داشته اند. گروه دوم شامل همهٔ دختران نوجوان شهر تهران است که خود یا خانواده آنها وابستگی به هیچ نوع ماده مخدری نداشته‌اند. نمونه انتخابی از این گروه ۱۵۰ دختر ۱۵ الی ۲۰ سال بوده‌اند که به روش در دسترس انتخاب شده اند. از این افراد ۱۳۲ نفر با پژوهشگر همکاری کرده اند. داده‌های به‌دست آمده با آزمون تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. نتایج نشان داده است که طرحواره رهاشدگی و بازداری هیجانی در دختران گروه عادی، طرحواره استحقاق در دختران وابسته و طرحواره آسیب پذیری و خود گرفتار در دختران با خانواده های وابسته به مواد بالاتر است. نتایج حاکی از آن است که طرحواره های ناسازگار اولیه در شکل گیری سبک مقابله‌ای ناکارآمد و وابستگی به مواد نوجوانان تاثیرگذار هستند.

کلید واژگان: طرحواره ناسازگار اولیه، مصرف کنندگان مواد

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۹

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه الزهرا (نویسنده مسئول) L.torabian@yahoo.com
۲. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه الزهرا ghanbaripsy@yahoo.com
۳. دانشیار گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی دانشگاه الزهرا mahrouzadeh.t@gmail.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

مقدمه

نوجوانی دورهٔ انتقال از کودکی به بزرگسالی است. در این دوره نوجوانان با مشکلات رشدی همانند مستقل شدن از والدین، تغییرات بدنی، رشد جنسی، اخلاقی و هویت شغلی روبه‌رو می-شوند (پاریش[1]،۱۹۹۴). تمایل نوجوانان به خطرپذیری ممکن است آنان را در معرض رفتارهای پرخطری قرار دهد که مشکلاتی برای آنها به وجود آورد. از سویی هم رفتارهای پرخطر، مشکلاتی جدی برای جامعه نیز فراهم می کنند (یویک ورانس[2] و همکاران، ۲۰۰۵). مصرف مواد نوجوانان با خطر تصادفات رانندگی (۵۰٪)، قتل(۵۰٪) و خودکشی منجر به مرگ (۲۵-۳۳٪) رابطه دارد (پاریش، ۱۹۹۴). این اعمال بزرگ‌ترین تهدید برای سلامت نوجوانان است. این اقدامات، در سنین نوجوانانی معمولاً با روابط جنسی زودهنگام (دان[3]، لاپوگو[4]، تایلور[5]، ۲۰۰۸)، شکست تحصیلی، حبس و زندان، بیکاری و بی خانمانی همراه است (پاریش، ۱۹۹۴). مرکز بین المللی اعتیاد و سوء-مصرف مواد، نرخ بالایی از مصرف مواد را در میان دانش آموزان دبیرستانی گزارش داده است (دان و همکاران،۲۰۰۸) . برخی نشانه‌های خطر در گرایش به مصرف مواد، ویژگیهای شخصیتی افراد است (دان و همکاران،۲۰۰۸؛ بیرمن[6] و براون[7]، ۲۰۰۳). عوامل گوناگون مانند خطرپذیری، هیجان-طلبی، شخصیت تکانه‌ای و ارضای نیازهای عاطفی، مهم‌ترین دلایل گرایش به مصرف مواد در میان نوجوانان بوده است (دان و همکاران،۲۰۰۸). همچنین طرحواره های منفی دربارهٔ خود و اعتماد به نفس پایین در گرایش نوجوانان به مصرف الکل تاثیر گذار است (کورت[8] و زاکر[9]، ۲۰۰۸). جاکوبس[10] (۱۹۸۶) اظهار کرده است که زمینه‌های روانشناختی اولیه دوران کودکی در شکل گیری الگوهای عادتی و رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد تاثیر گذارند (جولیانو[11]، ۲۰۰۳). عاملهایی مانند مصرف مواد از سوی والدین می‌تواند منجر به افزایش احتمال مصرف مواد از سوی نوجوانان شود (بیرمن و براون، ۲۰۰۳). باید توجه داشت که نوجوانی دوره‌ای است که در آن جنبه‌های گوناگون سلامت روان فرد دستخوش تغییر می‌شود و اساسی ترین دلایل روی آوردن اغلب

1. Parrish
2. Jovic-Vranes
3. Dunn
4. Lapogu
5. Taylor
6. Bierman
7. Brown
8. Corte
9. Zucker
10. Jacobs
11. Giugliano

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

نوجوانان به رفتارهای پرخطر عبارت‌اند از: مقابله با احساس افسردگی، اضطراب، ناکارآمدی، افت اعتماد به نفس، عدم رضایت از زندگی، ناتوانی در پذیرش خود و مشکلاتی مانند اینها. برخی از پژوهشگران معتقدند گرایشات نوجوانان به رفتارهای پرخطر که روز به روز در حال افزایش است، انعکاسی است از مشکلات هیجانی و روانشناختی که آنها با آن روبه‌رو هستند (سلیمانی‌نیا، جزایری، محمدخانی، ۱۳۸۴). زنان معتاد در مقایسه با کل جمعیت، با مشکلات بیشتری مانند مشکلات تکثیر و تولید تخمک، بی نظمی دوره قاعدگی، توقف زودهنگام قاعدگی، بارداری برنامه-ریزی نشده، ترومای خشونت و انتقال بیماریهای عفونی (اعم از هپاتیت و ایدز) رو به رو هستند. مطالعات نشان داده اند که مصرف مواد در زنان به ویژه از راه تزریق با آسیبهای اجتماعی مانند فرار از منزل و روسپیگری همراه است (تیموری و همکاران،۱۳۸۹).

تصور غالب افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف آن، عمدتاً پدیده ای مردانه است و زنان بسیار کمتر از مردان به اعتیاد روی می آورند. به ویژه در ایران که حتی سیگار کشیدن زنان و دختران، نیز تعجب مردم را بر می انگیزد. هر چند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد، اما بر اساس برخی مطالعات، ۹/۶٪ معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند. وزارت بهداشت نیز در آمار خود، از رقم یک زن معتاد به ازای هر هشت مرد معتاد گزارش می‌دهد. برخی گزارشها نیز، از وجود هفت زن معتاد به ازای هر صد مرد معتاد حکایت می کند. به گفته مسئولان زندانهای کشور در حال حاضر، ۵۰٪ زندانیان زن به دلیل مواد مخدر و اعتیاد در زندان هستند (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲). یک بررسی ملی در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که هفت درصد مردان در مقایسه با پنج درصد زنان آمریکایی از مواد مخدر استفاده می‌کنند. با اختلاف جنسیتی کمتر از سه درصد (بر اساس این گزارش) میزان مصرف نیکوتین و الکل در زنان، در حال نزدیک شدن به میزان مصرف آن در مردان است . در این بررسی آمده اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اما همچنان اختلافات جنسیتی اساسی در این زمینه وجود دارد. احتمال اینکه زنان از مواد مخدر غیر قانونی استفاده کنند، کمتر از مردان است. زمانی که زنان، سوء مصرف مواد را آغاز می کنند، سریع تر از مردان گرایش به اعتیاد را نشان می دهند و همچنین زودتر از آنان پیامدهای منفی را تجربه می‌کنند (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲). بنابراین در این پژوهش به بررسی طرحواره‌های شناختی به منزلهٔ بنیادی-ترین ساختار ذهن و افکار افراد پرداخته شده است. هدف پژوهش، مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان مصرف کننده مواد و نوجوانان عادی (بدون سابقه مصرف مواد) است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

چارچوب نظری

در روان‌شناسی، اعتیاد عادت کردن به چیزی است و اثرات آن به شرح زیر است:

اعتیاد به مواد مخدر، نیاز به مصرف یک ماده مخدر است که در صورت عدم مصرف آن، حالات خاصی به‌وجود می آید که گاهی برای معتاد غیرقابل تحمل است. افزایش مصرف ماده مخدر برای ایجاد همان حالت و کیفیتی است که در اولین بارِ استعمال مواد مخدر ایجاد شده است. در اثر مصرف مکرر مواد یا دارو عادت روانی ایجاد می‌شود و این عادت فرد را، به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر یا دارو به حد وسواس تشویق و ترغیب می‌نماید. برای نگهداری اثری که منظور و مطلوب معتاد است مقدار مواد مصرف افزایش می‌یابد. در اثر قطع مواد مخدر یا دارو، علائم خاصی در معتاد ظاهر می‌شود که چگونگی آن علائم بستگی به نوع مواد یا داروی مصرفی دارد. اعتیاد به مواد مخدر یا دارو برای فرد یا جامعه زیان آور می‌باشد. متغیرهایی گوناگون بر پدیدآیی و تداوم و درمان وابستگی به مواد مخدر تأثیر می‌گذارند. در پژوهشهای بالینی متغیرهای چندی به منزلهٔ متغیرهای پیش‌بین در زمینهٔ وابستگی به مواد مخدر بررسی شده‌اند که به چهار دسته تقسیم می‌شوند: الف) محیط فرهنگی- اجتماعی، ب) عوامل میان- شخصی، ج) عوامل روانی- رفتاری و د) عوامل زیستی- ژنتیکی (ریچاردسون، نیوکام، مایرز و کومبس[1]، ۲۰۰۲؛ لتیری[2] و همکاران، ۱۹۸۵).

همچنین سابقه استفاده از مواد مخدر در دوران نوجوانی با ابتلا به افسردگی بزرگسالی، اقدام به خودکشی، محدودیت های عملکردی، بهداشت روانی نامناسب در ارتباط می باشد (واینگاتنر[3] و همکاران ،۲۰۰۲). اقدام به مصرف مواد در دوران کودکی به طور مستقیم پیش بینی کننده مشکلاتی در بزرگسالی مانند افسردگی، عدم اعتماد به نفس و گرایش به استفاده از الکل می‌تواند باشد (استاین، لزلی و نیاماتی،[4] ۲۰۰۳).

اعتیاد به منزلهٔ مهم‌ترین مشکل اجتماعی ایران تلقی شده است (رفیعی، مدنی‌قهفرخی و وامقی، ۱۳۸۷). اعتیاد با سه ویژگی وابستگی جسمی، روانی و تحمل دارویی، مشخص می‌شود (روحی، کریمی، میرجانی، فرهادی، جعفری، اقدم، موسویان و همکاران، ۱۳۹۰). اصطلاح وابستگی به مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی اشاره دارد. وابستگی جسمی

1. Richardson, Newcomb, Myers & Coombs
2. Lettieri
3. Weingartner
4. Stein, Leslie & Nyamathi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

نشان دهندهٔ تغییر در حالت فیزیولوژیکی است که به دلیل مصرف مکرر یک دارو رخ می‌دهد و با قطع مصرف دارو منجر به یک سندرم خاص می شود (آذری، ۱۳۹۱).

بر اساس توصیف اولیه بک از آسیب شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرحواره‌ها و الگوهای تفکر عادتی بسیار عمومی و فراگیری همراه است که نوع آسیب پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. بک و فریمن (۱۹۹۰) مدلی از طرحواره‌های ویژه را برای اختلال شخصیت ارائه کرده اند. برای مثال بر اساس این مدل، شخصیت اجتنابی با طرحواره های بی کفایتی و طرد، و شخصیت خودشیفته با طرحواره های استحقاق و منزلت داشتن ارتباط دارند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

با فعال شدن طرحواره‌ها، اعتقادات خاصی دربارهٔ خود فعال می‌شود، و این ارزیابیهای سریع منجر به فعال شدن رفتارها یا الگوهای خودکار می‌گردد (آوانتس، بیتل، مارگولین،[1]۲۰۰۵). به نظر می رسد طرحواره های ناسازگار اولیه ممکن است با سوءاستفاده از مواد ارتباط داشته باشند، زیرا به مثابه یک راهبرد در کنار آمدن با مشکلات عمل می‌کنند و افراد احتمالاً آن را به مثابه راهی برای اجتناب از عواطف منفی به کار می‌گیرند. افرادی که طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی فعالی دارند اعتقاد دارند روابطشان با افراد مهم زندگی ثبات ندارد و از نظر هیجانی ثبات کمتری دارند، افرادی که طرحواره بی اعتمادی/ بدرفتاری دارند بر این باورند که دیگران با کوچک‌ترین فرصت از آنها سوء استفاده می‌کنند. افرادی که طرحواره محرومیت هیجانی دارند انتظار ندارند تمایل آنها به برقراری رابطه هیجانی با دیگران به طور کافی ارضا شود. همچنین افرادی که طرحواره نقص/ شرم دارند احساس می‌کنند افرادی ناقص، بد، حقیر یا بی ارزش هستند و اگر خود را در معرض نگاه دیگران قرار دهند، بدون شک طرد می‌شوند. افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی/ بیگانگی دارند احساس می‌کنند با دیگران متفاوت هستند. افرادی که طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی دارند احساس می‌کنند بدون کمک جدی دیگران نمی‌توانند از عهده مسئولیتهای روزمره برآیند. همچنین افرادی که طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری دارند، شدیداً می‌ترسند مبادا هر لحظه دچار یک فاجعه شوند و نتواند با آن مقابله کنند. افرادی که طرحواره خودتحول نیافته/ گرفتار دارند اغلب در مورد ارتباطشان با یکی از چند نفر از افراد مهم زندگیشان بیشتر اشتغال ذهنی دارند، به همین دلیل فردیت و رشد اجتماعیشان به آنها وابسته است. آنهایی که طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی دارند خود را از دیگر افراد بالاتر می‌دانند و برای خود حقوق خاصی قائل‌اند و خود را

1. Avants, Beitel & Margolin

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

موظف به رعایت احترام متقابل نمی‌دانند. افرادی که طرحواره خویشتنداری/ خود- انضباطی ناکافی دارند نمی‌توانند برای دستیابی به اهدافشان خویشتن داری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند و نمی‌توانند ابراز هیجانات و تکانه‌هایشان را کنترل کنند. افرادی که طرحواره اطاعت دارند کنترل خود را به دست دیگران می‌سپارند و در برابر آنها تسلیم می‌شوند، زیرا احساس می-کنند مجبورند این کار را انجام دهند و از این کار برای رهایی از خشم و انتقام استفاده می‌کنند. افرادی که طرحواره ایثار دارند نیازهای دیگران را با میل خود و حتی به قیمت از دست دادن رضایتمندی شخصی ارضا می‌کنند و این کار را برای کاهش رنج و گرفتاری دیگران، دوری از گناه، دستیابی به احساس ارزشمندی و تداوم رابطه هیجانی با افراد نیازمند انجام می‌دهند. افرادی که طرحواره بازداری هیجانی دارند رفتارها، احساسات و روابط میان- فردی خودانگیخته‌شان را محدود می‌کنند. افرادی که طرحواره معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی دارند معمولاً باید تلاش کنند تا به معیارهای بلندپروازانه خود دست یابند و این کار را به خاطر اجتناب از عدم تأیید یا خجالت زدگی انجام می‌دهند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). از آنجا که طرحواره ها اغلب در عمق شخصیت فرد جای گرفته‌اند و مثل الگوهای عادتی، سالها وجود داشته-اند، بنابراین برخی از افراد در کنار گذاشتن آنها ناتوان هستند. در این میان این سؤال مطرح است که آیا میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان درگیر با مواد و دختران با خانواده مصرف کننده مواد، دختران گروه مختلط و گروه عادی، تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر علی- مقایسه‌ای بوده است که در قالب یک طرح مقایسه‌ای چهار گروهی انجام گرفته است. نحوه گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ای بوده است.

جامعه، نمونه و شیوه نمونه گیری

جامعه پژوهش حاضر دختران مصرف کننده مواد شهر تهران و دخترانی که اعضای خانواده آنها مصرف کننده مواد هستند. نمونه پژوهش شامل دو گروه است: گروه اول دختران نوجوان که سابقه مصرف مواد داشته اند یا متعلق به خانواده مصرف کننده مواد هستند. گروه دوم شامل همهٔ دختران نوجوان شهر تهران است که خود یا خانواده آنان سابقه مصرف هیچ نوع ماده مخدری را نداشته‌اند.

شیوه نمونه‌گیری از این قرار است که از گروه اول ۱۳۰ نفر به صورت در دسترس یا واسطه‌ای شناسایی شده‌اند. برخی از افراد گروه اول با مراجعه به بوستانها و پارکها، مراکز ورزشی در سطح شهر تهران و برخی دیگر نیز به صورت واسطه‌ای شناسایی شده اند، یعنی دوستان و آشنایان آنها را

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

معرفی کرده اند که ۱۲۳ نفر از آنان تا انتهای پژوهش همکاری داشته‌اند. نمونه انتخابی گروه دوم ۱۵۰ نفر از دختران نوجوان ۱۵ تا ۲۰ سال بوده‌اند که با استفاده از روش در دسترس انتخاب شده-اند. جهت گردآوری داده‌های پژوهش، شهر تهران به چهار منطقه جغرافیایی تقسیم شد و پس از آن نمونه پژوهش به صورت در دسترس و واسطه ای مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار اندازه گیری

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه طرحواره یانگ است که ۷۵ آیتم دارد . این پرسشنامه را یانگ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواه ناسازگار اولیه ساخته است .این طرحواره ها عبارت اند از: محرومیت هیجانی[۱]، طرد و بی ثباتی [۲]، بی اعتمادی/ سوء استفاده [۳]، انزوای اجتماعی/ بیگانگی[۴]، نقص/ شرم[۵]، شکست،[۶] وابستگی/ بی‌کفایتی[۷]، آسیب پذیری نسبت به بیماری [۸]، خود تحول نایافته/گرفتار،[۹] اطاعت[۱۰]، فداکاری[۱۱]، بازداری هیجانی[۱۲]، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی[۱۳]، استحقاق/ بزرگ منشی[۱۴] و خودکنترلی ناکافی[۱۵] . این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت درجه‌ای تنظیم شده است. برای پاسخ کاملاً نادرست نمره ۱ و برای کاملاً درست نمره ۶ منظور شده است (در این پرسشنامه هر پنج پرسش یک طرحواره را می سنجد، همانطور که میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از پنج است) .

پایایی و روایی ابزار

هنجاریابی این پرسشنامه را در ایران آهی در سال۱۳۸۴ در دانشگاههای تهران انجام داده است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و مذکر ۰/۹۸ بوده است. پرسشنامه گردآوری اطلاعات دموگرافیک به سن، مقطع تحصیلی، تحصیلات والدین، سابقه مصرف مواد و سابقه مصرف مواد اعضای خانواده پرداخته است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه جمع آوری اطلاعات دموگرافیک، ۰/۸۵ است.

1. Emotional deprivation
2. Abandonment/ instability
3. Mistrust/ abuse
4. Social isolation/ alienation
5. Defectiveness/ shame
6. Failure
7. Dependence/ incompetence
8. Vulnerability to harm or illness
9. Enmeshment/ undeveloped self
10. Subjugation
11. Self-sacrifice
12. Emotional inhibition
13. Unrelenting standards
14. Entitlement/ grandiosity
15. Insufficient self-control/ self-discipline

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

روش اجرای پژوهش

پرسشنامه طرحواره های یانگ و پرسشنامه گردآوری اطلاعات دموگرافیک در اختیار نوجوانان قرار داده شد و بر اساس پاسخهای آنها به پرسشنامه گردآوری اطلاعات دموگرافیک، دانش آموزان به ۴ گروه دختران مصرف کننده مواد، دختران با خانواده مصرف کننده مواد، دخترانی که هم خود مصرف کننده مواد هستند و هم خانوادهٔ مصرف کننده دارند (گروه مختلط)، دختران عادی (گروه عادی) گروه بندی شده اند.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی گروهها

گروهها	فراوانی
دختران مصرف کننده مواد	۴۰
دختران با اعضای خانواده معتاد	۳۸
گروه مختلط	۴۵
نوجوانان عادی	۱۳۲

تحلیل داده ها

برای بررسی فرضیه «طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان مصرف کننده مواد و دختران با خانواده مصرف کننده مواد، دختران گروه مختلط و گروه عادی، تفاوت دارد» از آزمون تحلیل واریانس یک راهه چهارگروه مستقل استفاده شده است.

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس برای طرحواره های شناختی گروههای نمونه

		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	میان- گروهی	۴۵۲.۷۷	۳	۱۵۰.۹۲	۳.۹۸	۰.۰۰۸
	درون- گروهی	۲۲۰۳۲.۷۲	۲۴۵	۳۷.۸۵		
	کل	۲۲۴۸۵.۵۰	۲۴۸			
رهاشدگی	میان- گروهی	۳۸۴.۴۰	۳	۱۲۸.۱۳	۳.۸۲	۰.۰۱
	درون- گروهی	۱۹۳۴۲.۳۸	۲۳۱	۳۳.۵۲		
	کل	۱۹۷۲۶.۷۸	۲۳۴			
آسیب پذیری	میان- گروهی	۴۰۸.۳۰	۳	۱۳۶.۱۰	۵.۴۸	۰.۰۰۱
	درون- گروهی	۱۴۳۳۷.۸۷	۲۴۷	۲۴.۸۰		
	کل	۱۴۷۴۶.۱۸	۲۵۰			
گرفتار	میان- گروهی	۲۴۱.۱۴	۳	۸۰.۳۸	۲.۸۴	۰.۰۳۷
	درون- گروهی	۱۵۸۳۵.۹۹	۲۴۶	۲۸.۲۲		
	کل	۱۶۰۷۷.۱۴	۲۴۹			
بازداری هیجانی	میان- گروهی	۸۵۳.۰۳	۳	۲۸۴.۳۴	۷.۴۶	۰.۰۰۱
	درون- گروهی	۲۱۵۶۷.۴۰	۲۳۸	۳۸.۱۰		
	کل	۲۲۴۲۰.۴۳	۲۴۱			
معیارهای سرسختانه	میان- گروهی	۸۲۳.۰۱	۳	۲۷۴.۳۳	۵.۶۵	۰.۰۰۱
	درون- گروهی	۲۶۸۲۴.۷۵	۲۳۵	۴۸.۵۰		

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

	کل	۲۷۶۴۷.۷۶	۲۳۸			
استحقاق	میان- گروهی	۷۹۷.۴۲	۳	۲۶۵.۸۰	۶.۷۸	۰.۰۰۱
	درون- گروهی	۲۱۹۵۱.۳۰	۲۳۲	۳۹.۱۹		
	کل	۲۲۷۴۸.۷۲	۲۳۵			

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که از میان ۱۵ طرحواره نامبرده، گروهها در طرحواره های محرومیت هیجانی(p =۰/۰۰۸)، رهاشدگی(p = ۰/۰۱)، آسیب پذیری (p = ۰/۰۰۱)، گرفتار (۰/۰۳۷ = p)، بازداری هیجانی (p = ۰/۰۰۱)، معیارهای سر سختانه (p = ۰/۰۰۱) و استحقاق (p = ۰/۰۰۱) تفاوت معنادار نشان داده اند. به منظور پیگیری نتایج تحلیل واریانس و مقایسه دو به دوی میانگین گروهها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

جدول شماره ۳ . نتایج آزمون تعقیبی شفه/ مقایسه طرحواره های شناختی گروههای نمونه مورد بررسی

متغیرها	I	J	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری(p)
محرومیت هیجانی	گروه ۱	گروه ۲	-.۰۷	۱.۰۲	۱.۰۰
		گروه ۳	-۲.۶۷*	.۹۴	.۰۴۷
		گروه ۴	-۱.۷۴	.۷۲	.۱۲
	گروه۲	گروه۳	-۲.۵۹	۱.۰۵	.۱۱
		گروه ۴	-۱.۶۶	.۸۶	.۲۹
	گروه۳	گروه ۴	.۹۳	.۷۶	.۶۸
رها شدگی	گروه ۱	گروه ۲	-.۳۶	.۹۷	.۹۸
		گروه ۳	-۱.۵۲	.۸۹	.۴۰
		گروه ۴	-۲.۰۴*	.۶۸	.۰۳
	گروه۲	گروه۳	-۱.۱۵	۱.۰	.۷۲
		گروه ۴	-۱.۶۷	.۸۲	.۲۴
	گروه۳	گروه ۴	-.۵۲	.۷۲	.۹۱
آسیب پذیری	گروه۱	گروه ۲	-۲.۳۳*	.۸۳	.۰۴
		گروه ۳	-.۸۴	.۷۶	.۷۴
		گروه ۴	.۳۴	.۵۸	.۹۵
	گروه ۲	گروه۳	۱.۴۸	.۸۵	.۳۸
		گروه ۴	۲.۶۷*	.۷۰	.۰۰۲
	گروه۳	گروه ۴	۱.۱۸	.۶۱	.۲۹
گرفتار	گروه ۱	گروه ۲	-۱.۱۵	.۹۱	.۶۶
		گروه ۳	۱.۴۱	.۸۴	.۴۲
		گروه ۴	-.۱۰	.۶۵	.۹۹
	گروه ۲	گروه۳	۲.۵۷*	.۹۱	.۰۴
		گروه ۴	۱.۰۴	.۷۴	.۵۸
	گروه ۳	گروه ۴	-۱.۵۲	.۶۶	.۱۵
بازداری هیجانی	گروه ۱	گروه ۲	-.۷۲	۱.۰۳	.۹۲
		گروه ۳	۱.۰۰	.۹۵	.۷۷

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

		گروه ۴	-۲.۱۸*	.۷۳	.۰۳
	گروه ۲	گروه۳	۱.۷۳	۱.۰۶	.۴۴
		گروه ۴	-۱.۴۵	.۸۶	.۴۲
	گروه ۳	گروه ۴	-۳.۱۹*	.۷۷	.۰۰۱
معیارهای سرسختانه	گروه ۱	گروه ۲	-۱.۴۵	۱.۱۷	.۶۷
		گروه ۳	۲.۴۳	۱.۰۷	.۱۶
		گروه ۴	-.۹۷	.۸۳	.۷۱
	گروه ۲	گروه۳	۳.۸۹*	۱.۲۰	.۰۱
		گروه ۴	.۴۸	.۹۹	.۹۷
	گروه ۳	گروه ۴	-۳.۴۰*	.۸۷	.۰۰۲
استحقاق	گروه ۱	گروه ۲	۱.۷۷	۱.۰۵	.۴۱
		گروه ۳	-.۲۴	.۹۷	.۹۹
		گروه ۴	۲.۵۴*	.۷۴	.۰۰۹
	گروه ۲	گروه۳	-۲.۰۲	۱.۰۷	.۳۱
		گروه ۴	.۷۷	.۸۸	.۸۵
	گروه ۳	گروه ۴	۲.۷۹*	.۷۸	.۰۰۵

* مقادیر مشخص شده در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشند.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ حاکی از آن است که دختران مصرف کننده مواد نسبت به دخترانی که هم خود مصرف کننده هستند و هم خانواده های مصرف کننده دارند (گروه مختلط)، تفاوتی معنادار (P =۰/۰۴۷) در میزان محرومیت هیجانی نشان می‌دهند. دختران مصرف کننده مواد میزان محرومیت هیجانی پایین‌تری نشان می‌دهند. همچنین دختران مصرف کننده مواد نسبت به گروه عادی، طرحواره رهاشدگی پایین‌تری گزارش می‌دهند. این تفاوت در سطح P = ۰/۰۵ معنادار است.

دختران دارای خانواده مصرف کننده مواد، طرحواره آسیب پذیری بالاتری نسبت به دخترانی که خود اقدام به مصرف مواد کرده اند و گروه عادی نشان می‌دهند. این تفاوت در سطح P= ۰/۰۵ معنادار است. دختران با خانواده مصرف کننده مواد، طرحواره گرفتار بالاتری نسبت به دختران گروه مختلط نشان می‌دهند. این تفاوت در سطح P =۰/۰۵ معنادار می باشد.

طرحواره بازداری هیجانی در نوجوانان مصرف کننده مواد و گروه عادی تفاوتی در سطح P =۰/۰۵ نشان می‌دهد. دختران عادی بازداری هیجانی بالاتری نشان می‌دهند. دختران گروه مختلط بازداری هیجانی کمتری نسبت به گروه عادی نشان می‌دهند. این تفاوت در سطح P =۰/۰۱ معنادار است. دختران گروه گواه معیارهای سرسختانه بالاتری نسبت به گروه مختلط نشان می‌دهند. این تفاوت در سطح P =۰/ ۰۱ معنادار است. دختران گروه مختلط و دختران مصرف کننده نسبت

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

به گروه عادی، نمره بالاتری در طرحواره استحقاق نشان می دهند. این تفـاوت در سـطح P =۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهند که دختران گروه مختلط نسبت به دختران مصرف کننده مواد محرومیت هیجانی بالاتری دارند. به نظر می رسد که دختران خانواده های مصرف کننده، محرومیت از همدلی، کمبود محبت و فقدان حمایت را احساس می کنند که احتمالاً مصرف مواد، عاملی جهت تأمین نیازهای عاطفی ارضا نشده آنهاست. نتایج پژوهش رضوی و همکاران (۱۳۸۹) در تائید پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مهم‌ترین طرحواره‌های افراد معتاد محرومیت هیجانی، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن‌داری/خود–انضباطی ناکافی و رها شدگی و طرحواره‌های پیش‌بین، گرفتار، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری و محرومیت هیجانی است. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش لاک و نیوکام (۲۰۰۴) همسو است که مطرح ساخته است حمایت عاطفی خانواده طی دوران نوجوانی منجر به کاهش احتمال ابتلا به افسردگی و مصرف مواد یا الکل می شود، در حالی‌که خانواده های مصرف کننده مواد کمتر قادر به تامین نیازهای عاطفی نوجوانان هستند. به نظر می رسد که بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیقات جاکوبس (۱۹۸۶) و جولیانو (۲۰۰۳)، زمینه های روانشناختی اولیه در شکل گیری الگوهای عادتی و رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد تاثیر گذارند و این باورهای هسته ای و الگوهای عادتی به مثابه واسطه ای میان مشکلات دوران کودکی و رفتارهای فرد در دوران رشد عمل می کنند (تیم،[1] ۲۰۱۰؛ لاملی و هارکنس،[2] ۲۰۰۷).

همچنین یافته‌های حاضر که نشان می‌دهند میزان طرحواره رهاشدگی در دختران مصرف کننده مواد نسبت به دختران عادی بیشتر است، با یافته های پژوهشی کورت و زاکر (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه طرحواره‌های منفی درباره خود و اعتماد به نفس پایین در مصرف الکل و مواد نوجوانان تاثیر گذار است، همسو بوده است. نمونه های بالینی مبتنی بر مدارس نشان داده‌اند که ناهمگونی جنس به طور گسترده در سوء مصرف مواد میان نوجوانان دیده می شود . گزارش ها حاکی از آن بوده-اند که دختران نوجوان نسبت به پسران، سطوح بالاتری از مشکلات روانی و ناسازگاری و تمایل به مصرف آرام بخش ها نشان داده اند (موس[3] و همکاران، ۱۹۹۸).

1. Thimm
2. Lumley & Harkness
3. Moss

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

در طرحواره رها شدگی، فرد معتقد است که دلبستگی عاطفی با نزدیکان به زودی به پایان می-رسد و از سوی دیگران طرد و رها خواهد شد. به نظر می‌رسد دلبستگی عاطفی دختران گروه عادی بیشتر از دختران مصرف کننده است. بنابراین چنین افرادی به احتمال کمتری نسبت به افراد مصرف کننده مواد اقدام به مصرف می‌کنند، زیرا به دیگران به ویژه والدین وابسته اند و ترس از دست دادن رابطه با آنها را دارند. همچنین بیرمن و براون (۲۰۰۳) در یافته های خود اذعان داشته اند که احتمال مصرف مواد در نوجوانانی که والدین آنان مصرف مواد می‌کنند، بیشتر است. نتایج پژوهشهای موریس[1] (۲۰۰۶) نشان داده است که محیط خانوادگی نامناسب و تعاملات بیمارگونه با کودک منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگارانه ای مانند طرد و رهاشدگی، محرومیت هیجانی، سوء استفاده و بدرفتاری، انزوای اجتماعی و بازداری هیجانی می‌شود که در چنین شرایطی ممکن است نوجوانان احساس ناتوانی برای تسلط و کنترل محیط را در خود گسترش دهند و سازگاری عاطفی کمتر و خود اتکایی پایین‌تری نسبت به سایر نوجوانان نشان دهند. از آنجا که خانواده های مصرف کننده مواد، کمتر به تأمین نیازهای عاطفی و مادی فرزندان خود می‌پردازند، مانع از شکل گیری ایمنی و احساس امنیت در فرزندان خود می‌شوند. پژوهشها نشان داده‌اند احتمال وقوع خشونت جنسی در این خانواده‌ها بیشتر است و این عامل بر عملکرد روانی اجتماعی کودکان در بزرگسالی تاثیر مستقیم داشته است (میکر، کمل‌مایر و پیترسون ،[2] ۱۹۹۹) .

از سویی هم دخترانی که در خانواده‌های مصرف کننده قرار دارند طرحواره خود تحول نیافته/ گرفتار بیشتری نشان می‌دهند. در طرحواره گرفتاری، فرد معتقد است که با دیگران به ویژه والدین یکی است و بدون آنها قادر به ادامه زندگی نیست، هویت مستقلی ندارد، و همچنین احساس پوچی، سردرگمی و بی‌هدفی می‌کند. پژوهش خوش لهجه و همکاران (۱۳۹۱) همسان با نتایج پژوهش حاضر، نشان داده است که در میان میانگین های طرحواره های ناسازگار اولیه، طرحواره های بی اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم، استحقاق/ بزرگ منشی، وابستگی/ بی کفایتی، خود تحول نیافته/ گرفتار و خویشتنداری/ و خود–انضباطی ناکافی، به صورت معناداری مشخص شده اند، اگر چه اندازه اثر اختلاف طرحواره های وابستگی/بی کفایتی و خویشتنداری/ خود–انضباطی ناکافی معنادار نبوده است.

1. Muris
2. Maker, Kemmelmeier & Peterson

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

در تحقیقات سهند و همکاران (۱۳۸۹) نتیجه گرفته شده است که در زمینهٔ حوزه خود-گردانی و عملکرد مختل، دو گروه معتادانی که در ترک ناموفق و موفق بوده اند، در مقایسه با گروه غیربالینی از احساس بی‌لیاقتی، درماندگی، پوچی، سردرگمی، و بی‌هدفی بیشتری برخوردارند و ترس افراطی از این دارند که، هر لحظه احتمال وقوع فاجعه‌ای وجود دارد و شخص قادر به جلوگیری از آن نخواهد بود و نتیجه گرفته شده است که حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه با اعتیاد رابطه دارد و شدت بالای این حوزه‌ها را می‌توان عاملی مؤثر در گرایش به اعتیاد گروه ناموفق به درمان در مقایسه با گروه غیربالینی، در نظر گرفت.

پژوهش حاضر نشان داده است، دختران گروه عادی طرحواره بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه بالاتری نسبت به گروه مصرف کننده و گروه مختلط نشان می‌دهند که همسو با یافته‌های پژوهش سلیمانی‌نیا و همکاران (۱۳۸۴) است. همچنین نشان می‌دهد که گرایشات نوجوانان به رفتارهای پرخطر که روز به روز در حال افزایش است، انعکاسی است از مشکلات هیجانی و روانشناختی که آنها با آن روبه‌رو هستند. این یافته ها همچنین با نتایج پژوهش گولدر، گیلمور، اسپیکر و موریسون[1] (۲۰۰۵) همسان است که نتیجه گرفته اند، نوجوانان دارای بازداری و ظرفیت درونی اندک در خود-کنترلی، ممکن است به منظور تنظیم هیجاناتشان مرتکب رفتارهایی مانند اقدام به مصرف مواد شوند. همچنین یافته‌ها همسو با نتیجه تحقیق بال[2] و همکاران (۲۰۰۵)، حاکی از آن است که طرحواره های ناسازگار اولیه مانند طرحواره انزوای اجتماعی در مصرف مواد از سوی افراد تاثیر گذارند. نتایج پژوهش بال (۱۹۹۸)، نیز طرحواره های محرومیت هیجانی، خود گرفتار و معیارهای سرسختانه در مصرف کنندگان مواد را تائید نموده است. فرد دارای طرحواره بازداری هیجانی معتقد است که، باید عواطف و هیجاناتش را تا حد امکان بازداری نماید. همچنین در طرحواره معیارهای سرسختانه، فرد اعتقاد دارد که باید استانداردها و معیارهای بالایی را تامین کند. به طور کلی افراد دارای معیارهای سرسختانه یا بازداری هیجانی به احتمال کمتری به مصرف مواد گرایش خواهند داشت. پژوهش شقاقی و قریشی‌نژاد (۱۳۷۹) و آقاچاباغی (۱۳۸۰) نشان داده که فراوانی ویژگیهایی مانند احساس بی‌کفایتی، وابستگی، ناپختگی و توقع حمایت در افراد معتاد نسبت به افراد عادی بیشتر است. این ویژگیها بیانگر طرحواره‌های حوزه

[1] Golder, Gillmore, Spieker & Morrison
[2] Ball

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

خـــود-گردانی، عملکـــرد مختـــل، وابـــستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضـرر یـا بیمـاری، خـود رشـدنیافته/گرفتـار و شکـست هستند.

همچنین طرحواره‌های ایثار و معیارهای سرسختانه نیز با مصرف مواد رابطهٔ معنادار نداشته اند. دختران مصرف کننده و دختران گروه مختلط طرحواره استحقاق و بـزرگ منشـی بـالاتری گـزارش داده اند. در طرحواره استحقاق و بزرگ منشی، فرد معتقد است که می‌توان بدون توجه به دیگـران عمل نمود. به نظر می‌رسد با این طرحواره چنین افرادی سعی در تسـلط و برتـری مـی‌نماینـد . بـا طرحواره استحقاق و بزرگ منشی، آنها از موقعیتهایی که منجر به عملکرد متوسط آنها مـی‌شـود یـا برتری او را خدشه‌دار می‌کند، اجتناب می‌نماید . این افراد با مصرف مـواد سـعی مـی‌کننـد کـه بـه اجتناب در مقابل موقعیتهایی بپردازند که منجر به خدشه دار شدن احساس برتری آنها می‌گردد. در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شده اسـت، کـه تکنیـک طرحـواره درمـانی، روشـی کارآمد برای ترک اعتیاد محسوب می‌شود، بنابراین شناخت طرحواره های ناسازگارانه اولیه و تغییـر آنها می‌تواند مسیر درمان را کوتاه نماید.

پیشنهادات کاربردی

بدیهی است که دوران نوجوانی یکی از مهم‌ترین و حساس ترین مراحل رشد است که گذر از آن می‌تواند همراه با مشکلات و مسائل گوناگون باشد و تمایـل نوجوانـان بـه خطرپـذیری ممکـن است آنان را در معرض رفتارهای پرخطری قرار دهد که از جمله این رفتارهای پرخطر ممکن است گرایش به مصرف مواد باشد. از آنجایی که طرحواره‌ها در دوران اولیه زندگی شکل می‌گیرنـد و بـه نوعی مبنای افکار، اعمال و هیجانات آتی هستند، بررسی شرایط و چگونگی ایجـاد آنهـا در افـراد می‌تواند در پیشگیری از عوامل زمینه ساز گرایش به سوء مصرف مواد کمک کننده باشـد. همچنـین با توجه به اهمیت شیوه برخورد و تربیت خانواده ها با فرزندان به ویژه در دوره نوجوانی و با نگـاه به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاد داده می‌شود کـه بـا بررسـی سـبکهای فرزنـد پروری والدین و ارتباط آن با عوامل بروز اعتیاد در نوجوانان هر چه بیشتر و بهتر بـرای پیشـگیری قدم برداریم .

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

منابع

آذری، آرمان. (۱۳۹۱). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم های دفاعی و پایگاه هویت در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل.

آقاچاباغی، هاجر. (۱۳۸۰). *بررسی عوامل اعتیاد در زندان مراغه*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه تبریز .

تیموری، فریبا؛ کریمیان، نورالسادات؛ منصوری، فیض الـه و رضـاعی، منصـور. (۱۳۸۹). شـیوع رفتارهـای پرخطـر و عفونتهای منتقله از راه جنسی در زنان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد نیلوفر کرمانشاه. *ماهنامـه علمـی پژوهشـی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال پانزدهم، شماره پنجم، ۴۰۰ –۴۰۷.

خواجه دلویی، محمد و دادگر مقدم، ملیحـه. (۱۳۹۲). اعتیـاد مـادر در بـارداری و اعتیـاد فرزنـد در دوران نوجـوانی و جوانی. *مجله زنان، مامایی نازایی ایران*، دوره شانزدهم، شماره ۵۲، ۱–۷.

خوش لهجه صدق، انیس؛ ابوالمعالی حسینی، خدیجه؛ خوش لهجه، زهرا؛ علیزاده فرشباف، حسن؛ ایمانی، احسان و حسینی، علی. (۱۳۹۱). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیربالینی. *یافته های نو در روان شناسی*، سال هفتم، شماره ۲۳، ۴۹–۶۰.

رضایی، امید؛ حسین زاده، حدیث؛ دولتشاهی، بهروز؛ مصافی، سعیده و جعفری، فیروزه. (۱۳۹۲). شناسایی طرحواره های ناسازگارانه اولیه در افراد وابسته به مواد افیونی و افراد غیر وابسته. مجله *علمی پژوهشی توانبخشی*، دوره ۱۲، شماره ۵. ۳۷–۴۴.

رضوی، ویدا؛ سلطانی نژاد، علی و رفیعی، افسون. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه اولیه در مردان معتاد و غیر معتاد بالای ۲۰ سال شهر کرمان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۲–۱۶.

رفیعی، حسن؛ مدنی قهفرخی، سعید و وامقی، مروئه. (۱۳۸۷). مشکلات اجتماعی در اولویت ایران. *مجله جامعه شناسی ایران*، (۱–۲)۹ ، ۱۸۴–۲۰۸.

روحی کریمی، تاچارا؛ فرهادی، محمدحسن؛ میرجانی اقدم، اکبر؛ جعفری، فیروزه؛ موسویان، سیدمحمدهادی؛ فرهودیان، علی؛ توکلی، محمود و رضویه، اصغر. (۱۳۹۰) . مقایسه تلقین پذیری در افراد وابسته به مواد افیونی و افراد عادی . *فصلنامه علمی پژو هشی توانبخشی، ویژه نامه مطالعات اعتیاد* ، ۱۲(۵)، ۵۸–۶۴.

سلیمانی نیا، لیلا؛ جزایری، علیرضا و محمـدخانی، پروانـه. (۱۳۸۴). نقـش سـلامت روان در ظهـور رفتارهـای پرخطـر نوجوانان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۱۹، ۷۵–۹۰.

سهند، بهـرام؛ زارع، حسـین و فتـی، لادن. (۱۳۸۹). مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرحـواره‌های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی. *مجله اعتیاد پژوهی*، دوره ۱۱، ۶۵–۸۲.

شقاقی، فرهاد و قریشی نژاد، سیده رقیه. (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی معتادین به مواد مخدر بـا افـراد عادی شهر قزوین. *ژرفای تربیت*، سال دوم، شماره ۱۷ .

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). *طرحواره درمانی*، (ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز). تهران: انتشارات ارجمند.

Avants, S.K., Beitel, M., & Margolin, A. (2005). Making the shift from ‘addict self’ to ‘spiritual self ’: Results from a stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture, 8*(3), 167-177.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorder: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors, 23*, 883-891.

Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, T., & O'Neall, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry, 46*(5), 371-379.

Bierman, K.L., & Brown, H. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents* (2nd Ed.). U.S. Department of Health and Human Services.

Corte, C., & Zucker, R. A. (2008). Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviors, 33*(10), 1282–1290.

Dunn, M.S., Ilapogu,V., Taylor, L., Naney, C., Blackwell, R., Wilder, R., & Givens, C. (2008). Self-reported substance use and sexual behaviors among adolescents in a rural state. *Journal of School Health, 78*(11), 587-593.

Giugliano, J. (2003). A psychoanalytic overview of excessive sexual behavior and addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10, 275–290.

Golder, S., Gillmore, M. R., Spieker, S., & Morrison, D. (2005). Substance use, related problem behaviors and adult attachment in a sample of high risk older adolescent women. *Journal of Child and Family Studies, 14*(2), 181-193.

Jovic-Vranes, A. S., Vranes, B., Marinkovic, J., & Cucic, V. (2005). Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers: Data from the health behaviour in school children. *Soz Praventivmed, 50*(2), 119-24.

Lettieri, D. J., Nelson, J. E., & Sayers, M. A. (1985). *Alcoholism treatment assessment research instruments*. (NIAA treatment handbook series 2; HE 20.8308/2:2). Rockville, MD:NIAA. Page(s) 275-292.

Locke, T.F., & Newcomb, M.D. (2004). Adolescent predictors of young adult and adult alcohol involvement and dysphoria in a prospective community sample of women. *Prevention Science, 5*(3), 151-168.

Lumley, M. N., & Harkness, K. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(5), 639-657.

Maker, A.H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (1999). Parental sociopathy as a predictor of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence, 14*, 47–59.

Moss, H., Bonicatto, S., Kirisci, L., Girardelli, A. M., & Murrelle, L. (1998). Substance abuse and associated psychosocial problems among Argentina adolescents: Sex heterogeneity and familial transmission. *Drug Alcohol Depend, 52*(3), 221-230.

Muris, P. (2006). Maladaptive schema in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behavior, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(6), 405–413.

Parrish, S.L. (1994). Adolescent substance abuse: The challenge for clinician. *Alcohol, 22*(6), 453–455.

Richardson , M .A. , Newcomb, M. D ., Myers, H. F., & Coombs, R.H. (2002). Psychosocial predictors of recent drug use among Anglo and Hispanic children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 12*(2), 47-76.

Stein, A., Burden Leslie. M., & Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 26(10), 1011-1027.

Thimm, J.C. (2010). Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*(3), 219-230.

Weingartner, K., Robison, J., Fogel, D., & Gruman, C. (2002). Depression and substance use in a middle aged and older Puerto Rican population. *Journal of Cross Cultural Gerontology, 17*(2),173-93.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.1.3.3]
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-30]