

مقایسه ابعاد نابهنجار شخصیت و طرحواره‌های هیجانی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸

خلاصه

مقدمه

هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد نابهنجار شخصیت طبق DSM-5 و طرحواره‌های هیجانی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. تعداد ۳۵ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون از ۳ مرکز ترک اعتیاد شهر بجنورد به صورت در دسترس انتخاب شدند و ۳۵ نفر از افراد عادی نیز با افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شدند. هر دو گروه به وسیله مقیاس طرحواره‌های هیجانی و فرم کوتاه پرسشنامه‌ی ابعاد نابهنجار شخصیت، مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار در مولفه‌های قابل درک بودن و ارزش‌های والاتر از مقیاس طرحواره‌های هیجانی و همچنین مؤلفه‌های مخالفت‌ورزی و مهارت‌گسیختگی از مقیاس ابعاد نابهنجار شخصیت بین افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود، به گونه‌ای که میانگین نمرات افراد تحت درمان نگهدارنده در مؤلفه‌های یادشده بالاتر از افراد عادی بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، مورد توجه قرار دادن ابعاد نابهنجار شخصیت مخالفت‌ورزی و مهارت‌گسیختگی و طرحواره‌های هیجانی ناسازگار قابل درک بودن و ارزش‌های والاتر پایین‌تر در افراد می‌تواند برای روان‌درمانگران در زمینه پیشگیری از مصرف مواد و مداخله روی افراد معتاد و افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تلوپحات کاربردی داشته باشد.

کلمات کلیدی

ابعاد نابهنجار شخصیت، طرحواره‌های هیجانی، اعتیاد، تحت درمان، متادون

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

علی محمودیان^۱

پروین رفیعی‌نیا^{۲*}

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی،

دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Email: p_rafieinia@semnan.ac.ir

مقدمه

ماده روان‌گردان؛ یک فراورده شیمیایی محسوب می‌شود که در صورت استنشاق، نوشیدن و تزریق و یا مصرف به صورت قرص، باعث تغییر رفتار یا خلق می‌شود (۱). اختلالات مصرف مواد اساساً شامل خوشه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی مرتبط با استفاده مداوم از یک ماده همراه با ایجاد اختلال قابل توجه در عملکرد است (۲). الگوی ناسازگارانه مصرف مواد منجر به مشکلات مکرر و پیامدهای نامناسب مانند مشکلات زناشویی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود (۳). اعتیاد اثرات منفی قابل توجهی بر سلامتی و بهزیستی روانشناختی داشته (به عنوان مثال، محرومیت اجتماعی، بی اعتبار بودن^۱ و بیماری جسمی) و همچنین، در نگرانی‌های اجتماعی و اقتصادی جهانی (به عنوان مثال هزینه‌های مرتبط با سلامتی) نقش دارد (۵،۴).

اثر بخشی درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در کاهش مصرف غیرقانونی مواد افیونی، رفتارهای خطرناک و انتقال ویروس نقص ایمنی انسان (HIV)، رفتارهای مجرمانه، هپاتیت و همچنین مرگ و میر به خوبی مستند شده است، علاوه بر این، نشان داده شده است که متادون درمانی بر بهبود حفظ درمان، اشتغال، روابط خانوادگی و همچنین کیفیت زندگی موثر است (۷،۶). هدف از MMT دستیابی به دوزی است که در آن ولع مصرف مواد مخدر و علائم ترک آن سرکوب شده و تحمل متقابل سایر مواد مخدر حاصل شود (۷). نگهداری موفقیت آمیز متادون زمانی بیشتر اتفاق می‌افتد که در چارچوب یک رابطه درمانی کاملاً تثبیت شده صورت گیرد و نیازهای روانشناختی، پزشکی و اجتماعی بیماران از طریق کمک مستقیم یا ارجاع برآورده شود (۹).

با برآورد بیش از ۶۰ درصد میزان عود پس از درمان سوء مصرف مواد، اختلالات مصرف مواد اغلب به عنوان "شرایط عود کننده مزمن" توصیف می‌شوند (۱۰). دو مطالعه پیگیری طولی آینده‌نگر جداگانه نشان داد که میزان کلی سوء مصرف مواد

فعال تغییر نکرده است؛ زیرا به همان اندازه بهبودی، همان تعداد افراد عود داشته‌اند (۱۲). مدل‌های رفتاری و شناختی-رفتاری غالب، بر تعامل عوامل موقعیتی و خصوصیات فردی که خطر مصرف الکل یا مواد مخدر را پس از درمان افزایش می‌دهند تمرکز دارند (۱۳). پژوهش‌ها نشان داده است تمایل به مصرف مواد و همچنین ماندگاری درمان، ارتباط قابل توجهی با ویژگی‌های شخصیتهای دارد (۱۴) و معاشرت اجتماعی، احساس گناه و سوءظن بیشترین پیش‌بینی را برای خروج از درمان دارند (۱۵). شناسایی خصوصیات بیمار که با خطر عود پس از درمان مرتبط فرض شده‌اند، برای توسعه برنامه‌های تنظیم شده برای افراد تحت درمان مهم است (۱۶).

ویژگی‌های شخصیتهای به عنوان تمایل به احساس، درک، رفتار و تفکر به روش‌های نسبتاً ثابت در طول زمان و موقعیت‌ها تعریف می‌شوند (۱۷). پنجمین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-5)، اولین نسخه‌ای است که دارای یک مدل تجربی مبتنی بر ویژگی‌های شخصیتهای ناهنجار است (۱۸). این مدل ابعادی از ویژگی‌های شخصیتهای ناهنجار در DSM-5 شامل ۲۵ جنبه شخصیتهای درجه پایین است که در پنج حوزه مرتبه بالاتر طبقه‌بندی می‌شوند: عاطفه منفی، گسلس، مخالفت‌ورزی، مهارگسیختگی و روان‌پریش‌خویی (۱۹). عاطفه منفی با ویژگی‌هایی مانند بی‌ثباتی هیجانی و اضطراب، گسلس با انزوا و بی‌لذتی، مخالفت‌ورزی با فریبکاری و تمایلات پرخاشگرانه همراه با ادعای غلبه و عظمت، مهارگسیختگی با تکانشگری و بی‌مسئولیتی و روان‌پریش‌خویی با عجیب و غریب بودن و باورهای غیرمعمول شناخته می‌شوند (۲۱،۲۰). این ابعاد گسترده، ریشه در پیشینه علمی مرتبط با مدل شخصیت پنج عاملی دارند و به عنوان انواع ناهنجار این صفات هنجاری شناخته می‌شوند (۲۲). مطالعات نشان داده است که ابعاد ناهنجار شخصیت در سوء مصرف مواد، پرخاشگری،

4. human immunodeficiency virus

5- diagnostic and statistical manual of mental disorders

1. psychoactive

2. invalidity

3. methadone maintenance treatment

رویکرد پردازش اطلاعات وام گرفته و آن را در باورهای مربوط به هیجان‌ات به کار می‌برد (۳۴). اگرچه شناخت، برجسب زدن و متمایز کردن هیجان‌ات بخشی از اولین قدم اساسی در پردازش هیجانی است، افراد پس از تشخیص هیجان‌ات، در تفسیر و راهبردهای هیجان‌ات خود متفاوت هستند (۳۹). طبق دیدگاه لیهی، طرحواره‌های هیجانی عبارتند از؛ تایید طلبی از دیگران ("دیگران احساس من را درک می‌کنند")، قابل درک بودن ("احساساتم برایم معنایی ندارد")، احساس گناه و شرم ("من نباید این احساسات را داشته باشم" یا "من نمی‌خواهم کسی بداند که من این احساسات را دارم")، دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجان‌ات ("من نباید احساسات مختلط داشته باشم")، ارزش‌های والاتر ("احساسات من نشان دهنده ارزش‌های بالاتر من است")، کنترل ("می‌ترسم احساساتم از کنترل خارج شوند")، تلاش برای منطقی بودن ("من باید عقلانی و منطقی باشم، نه احساسی")، طول دوره ("هیجان‌اتم برای مدت طولانی ادامه خواهند داشت")، توافق عمومی ("دیگران نیز همین احساسات را دارند")، پذیرش ("می‌توانم احساساتی که دارم را بپذیرم")، نشخوار فکری ("می‌نشینم و به این موضوع فکر می‌کنم که چقدر احساسات بدی دارم")، ابراز احساسات ("می‌توانم به خودم اجازه دهم که گریه کنم") و سرزنش ("دیگران باعث می‌شوند من چنین احساسی داشته باشم") (۴۰). اگر فرد این عقیده را داشته باشد که -این احساسات غیرطبیعی است، منطقی نیست، فرد باید فقط به یک طریق احساس کند، این احساسات تا بی‌نهایت دوام آورده و از کنترل خارج می‌شوند، یا اینکه شرم‌آور هستند- ممکن است نشخوار کند، منزوی شود، به سوء مصرف مواد پردازد و یا از خودش انتقاد کند (۳۴). اختلالات روانشناختی اغلب نتیجه تفسیر و ارزیابی هیجان‌ات و راهبردهای استفاده شده برای مقابله با این هیجان‌ات است (۴۱). مطالعات نشان داده است که طرحواره‌های هیجانی ناسازگار به شدت با افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات زناشویی، اختلاف نظر در عملکرد خانواده، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی ارتباط دارند (۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۲). براساس مدل طرحواره‌های هیجانی، مصرف

خودشیفتگی، مشکلات تنظیم هیجان، آسیب‌پذیری شناختی، افسردگی، اضطراب و علائم وسواسی نقش دارند (۲۳-۲۶). مشخص شده است که عاطفه منفی در گرایش به مصرف دخانیات، مواد افیونی و الکل نقش بسیار برجسته‌ای دارد (۲۷، ۲۸). شارما و همکاران (۲۹) نشان دادند روان‌رنجور خوبی به طور قابل توجهی با مصرف مواد مرتبط است. همچنین نشان داده شده که ابعاد نابهنجار مخالفت‌ورزی و مهارت‌گسیختگی (۳۰) و نیز تکانشگری (۳۱) با سوء مصرف مواد و الکل ارتباط دارد. ابعاد نابهنجار شخصیت به-عنوان ویژگی‌های فردی باثبات، سبب الگوی رفتاری نابهنجار بادوام می‌شود که فرد را در برابر شرایطی که به شکل بالقوه خطر مصرف مواد در آن‌ها وجود دارد از جمله مشکلات بین فردی و حالات هیجانی منفی آسیب‌پذیر می‌کند و در افراد مبتلا به مصرف مواد نیز سبب تدام الگوی رفتاری نابهنجار و مصرف مواد می‌شود (۳۲). برای مثال گسلسش شامل کناره‌گیری اجتماعی و فقدان احساسات مثبت است (۱۸). افراد با سطح بالای گسلسش مشکلات بین فردی زیادی را تجربه می‌کنند (به عنوان مثال مشکلات نزدیک شدن به افراد دیگر)، فاقد وضوح عاطفی بوده، حالات هیجانی منفی را تجربه می‌کنند و در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند (حتی در مواردی که رویدادهای بین فردی منفی خاصی را تجربه نمی‌کنند) که مصرف مواد می‌تواند بعنوان راهی برای مقابله با این مشکلات انتخاب شود (۳۳).

مدل طرحواره هیجانی یک مدل شناختی-اجتماعی از چگونگی درک، تفسیر، ارزیابی و پاسخگویی افراد به هیجان‌های خود و دیگران است (۳۴) که بر "باورها" یا "فلسفه‌های" اساسی هیجانی بیمار تأکید می‌کند (۳۵). مدل طرحواره هیجانی بیان می‌کند که افراد، طرحواره‌های مختلفی درباره هیجان‌ات دارند (۳۶). به عبارت دیگر، افراد در نظریه‌های خود درباره هیجان‌ات و تنظیم هیجان‌ات متفاوت هستند، این نظریه‌های روانشناختی بیانگر پاسخ‌ها و گرایش‌های عملکرد معمول افراد است و باعث ایجاد راهبردهای مشکل‌ساز مانند سرکوب، نشخوار فکری، اجتناب، سرزنش و سوء مصرف مواد برای مقابله با احساسات می‌شود (۳۷، ۳۸). مدل طرحواره‌های هیجانی، مفهوم طرحواره را از

DSM-5 و طرحواره‌های هیجانی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری گروه تحت درمان نگهدارنده با متادون شامل کلیه افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر بجنورد در اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۹ بود که ۳ مرکز انتخاب شدند و از بین آنها تعداد ۳۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس، بعنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده و در حضور پژوهشگر پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل کردند. ۳۵ نفر از افراد عادی نیز از سطح شهر انتخاب شده و از نظر سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات با گروه تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون عبارت بودند از: محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، گذشتن حداقل مدت ۳ ماه از شروع درمان، حداقل سواد دوره ابتدایی و موافقت و رضایت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز شامل هرگونه اختلال جسمی و روانشناختی شدید همانند بود، که با همکاری مسئولان این مراکز و با توجه به پرونده‌های آنها مورد بررسی قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش برای افراد عادی شامل محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل سواد دوره ابتدایی و موافقت و رضایت شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج افراد عادی نیز شامل مصرف هرگونه مواد و بیماری‌های جسمانی و روانشناختی بود که توسط پرسشنامه خودسنجی مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی^۱: توسط لیهی و بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود تهیه شده است. این مقیاس از ۵۰ گویه که با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند تشکیل شده است. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین صفر تا ۱۴۸ است. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر طرحواره‌های هیجانی خواهد بود و بالعکس. نسخه

مواد و مشکلات مرتبط با آن به نحوی اجتناب از هیجانات منفی است (۴۳)، طرحواره‌های هیجانی ناسازگار با راه‌اندازی تفسیر و ارزیابی منفی هیجانات، سبب تداوم و تشدید تجارب هیجانی ناخوشایند شده و فرد را به استفاده از راهبردهای ناکارآمدی مانند مصرف مواد در جهت مقابله با ناراحتی سوق می‌دهد (۴۴). افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد که طرحواره‌های ناسازگاری درباره نیاز به بازداری، کنترل، اجتناب، پذیرش، تحمل سردرگمی یا هیجانات دارند از راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نیافته از جمله مصرف مواد استفاده می‌کنند (۴۵). برای مثال طرحواره‌های هیجانی ناسازگار گناه و تلاش برای منطقی بودن با راه‌اندازی مکانیسم‌های سرکوب و اجتناب، از پردازش هیجانی جلوگیری کرده و با سوق دادن فرد به استفاده از راهبردهای ناکارآمد، باعث تداوم و تشدید تجارب هیجانی ناخوشایند و در نتیجه گرایش به مصرف مواد می‌شوند (۴۶).

در روش‌های مختلف درمانی از جمله درمان نگهدارنده با متادون تلاش می‌شود افراد وابسته به مواد، با کنار گذاشتن مصرف مکرر، بهبودی جسمانی و روانشناختی لازم را کسب کنند و بتوانند مانند افراد عادی جامعه به ابعاد مختلف زندگی خود بپردازند. در این میان یکی از مهم‌ترین مسائل در زمینه پیشگیری از اختلال و عود مصرف مواد، شناسایی عوامل مختلف، از جمله عوامل روانشناختی است که در ابتلا به اختلال مصرف مواد نقش دارند. با توجه به مباحث فوق و نقش ویژگی‌های شخصیتی و طرحواره‌های هیجانی در شکل‌گیری اختلالات روانشناختی، بویژه اختلال مصرف مواد و عود آن و با توجه به اینکه تاکنون این متغیرها در کنار هم و در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند، بررسی این دو متغیر در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی و تفاوت آن‌ها می‌تواند نتایج قابل توجهی در زمینه پیشگیری و درمان اختلال داشته باشد و در برنامه‌های پیشگیری از مصرف و بهبود توانایی افراد در مدیریت و کنترل شرایط موثر بر مصرف مواد مورد توجه قرار گیرد. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد نابهنجار شخصیت طبق

^۱- Leahy Emotional Schema Scale

۰/۹۷، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۸). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه‌ی کوتاه این سیاهه در ایران نیز توسط عبدی و چلیانلو بررسی و پایایی کل آن ۰/۸۶ و همسانی درونی عامل‌های آن بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۹).

نتایج

شاخص‌های توصیفی مربوط به سن افراد دو گروه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به سن افراد دو گروه

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
درمان نگهدارنده با متادون	۳۳/۹۱	۵/۰۲
افراد عادی	۳۲/۱۴	۴/۹۴
t	۱/۴۹	
سطح معناداری	۰/۱۴	

میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه درمان نگهدارنده با متادون به ترتیب ۳۳/۹۱ و ۵/۰۲ و برای گروه افراد عادی به ترتیب ۳۲/۱۴ و ۴/۹۴ است. در جدول ۲ نیز فراوانی و درصد فراوانی مربوط به هر یک از متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل افراد دو گروه تحت درمان نگهدارنده با متادون و عادی آورده شده است.

فارسی این مقیاس توسط خانزاده و همکاران (۴۷) تهیه شده است. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند (نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات، ارزش‌های والا، پذیرش هیجانات، توافق). ۳ عامل به خاطر بارگزاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس، ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ بدست آمده است؛ همچنین نتایج نشان داد که ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ است. بطور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش بیانگر پایایی قابل قبول این مقیاس است (۴۷).

۲- فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیت، نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری؛ این پرسشنامه برای سنجش مدل ابعادی صفات شخصیت DSM-5 توسط کروگر و همکاران (۴۸) تدوین شده است. فرم بلند این پرسشنامه، ۲۵ رویه و ۵ حیطه شخصیت را می‌سنجد (۴۸). پنج عامل مورد سنجش در این پرسشنامه شامل عاطفه منفی، گسلش، مخالفت‌ورزی، مهارگیختگی و روان‌پریش‌خویی است که همسانی آن‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۶،

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی افراد در دو گروه

گروه	متغیر	درمان نگهدارنده با متادون		افراد عادی	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۳۱	۸۸/۶	۳۰	۸۵/۷
	زن	۴	۱۱/۴	۵	۱۴/۳
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۰	۵۷/۱	۱۶	۴۵/۷
	دیپلم	۱۰	۲۸/۶	۱۰	۲۸/۶
	فوق دیپلم	۲	۷/۵	۵	۱۴/۳
	لیسانس	۳	۸/۶	۴	۱۱/۴
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۱۴/۳	۷	۲۰
	متاهل	۳۰	۸۵/۷	۲۸	۸۰

1. Personality Inventory for DSM-5—Brief Form

توصیفی مربوط به هر یک از مولفه‌های طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت متغیرهای در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج آزمون‌های t و خی دو در جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهند دو گروه با یکدیگر مورد هم‌سازی قرار گرفته‌اند ($P > 0/05$). آماره‌های

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
نشخوار ذهنی		درمان نگهدارنده با متادون	۱۰/۰۹	۳/۰۷
		افراد عادی	۹/۸۳	۲/۲۴
خودآگاهی هیجانی		درمان نگهدارنده با متادون	۴/۰۳	۲/۵۴
		افراد عادی	۴/۰۹	۱/۷۹
گناه		درمان نگهدارنده با متادون	۶/۸۰	۲/۴۴
		افراد عادی	۶/۱۱	۲/۳۷
ابراز احساسات		درمان نگهدارنده با متادون	۴/۳۷	۲/۰۷
		افراد عادی	۴/۸۳	۱/۶۷
غیرقابل کنترل بودن		درمان نگهدارنده با متادون	۶/۸۹	۳/۱۸
		افراد عادی	۵/۶۹	۲/۹۸
تایید طلبی از دیگران		درمان نگهدارنده با متادون	۴/۱۷	۱/۳۴
		افراد عادی	۳/۹۴	۱/۴۱
قابل درک بودن		درمان نگهدارنده با متادون	۷/۰۳	۳/۰۵
		افراد عادی	۴/۸۳	۲/۸۰
سرزنش		درمان نگهدارنده با متادون	۵/۳۱	۲/۳۶
		افراد عادی	۴/۷۱	۱/۸۱
تلاش برای منطقی بودن		درمان نگهدارنده با متادون	۹/۲۶	۱/۷۹
		افراد عادی	۸/۷۴	۱/۷۷
دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانات		درمان نگهدارنده با متادون	۹/۰۶	۲/۰۴
		افراد عادی	۸/۴۰	۱/۸۲
ارزش‌های والاتر		درمان نگهدارنده با متادون	۸/۴۶	۲/۰۱
		افراد عادی	۷/۳۷	۱/۵۰
پذیرش هیجانات		درمان نگهدارنده با متادون	۷/۶۹	۱/۸۶
		افراد عادی	۷/۴۰	۲/۰۰
توافق عمومی		درمان نگهدارنده با متادون	۵/۲۳	۱/۷۲
		افراد عادی	۴/۷۷	۲/۲۸
عاطفه منفی		درمان نگهدارنده با متادون	۶/۸۰	۳/۶۰
		افراد عادی	۵/۶۹	۲/۷۱
گسلش		درمان نگهدارنده با متادون	۵/۳۴	۳/۲۴
		افراد عادی	۵/۶۶	۳/۴۵
مخالفت ورزی		درمان نگهدارنده با متادون	۵/۱۷	۲/۷۷
		افراد عادی	۳/۰۰	۱/۹۱
مهارت گسیختگی		درمان نگهدارنده با متادون	۷/۰۶	۳/۲۷
		افراد عادی	۴/۱۱	۲/۷۴
روان‌پریشی		درمان نگهدارنده با متادون	۶/۲۹	۳/۴۱
		افراد عادی	۵/۴۶	۳/۱۹

طرحواره‌های هیجانی

ابعاد نابهنجار شخصیت

به منظور مقایسه افراد دو گروه از نظر متغیرهای طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیر استفاده شد؛ البته قبل از انجام این آزمون، به بررسی پیش فرض‌های آماری آزمون پرداخته شد.

جهت بررسی نرمال بودن توضیح داده‌ها، آزمون کرلموگروف-اسمیرنوف اجرا شد و نتایج نشان دهنده توضیح نرمال برای اکثر مؤلفه‌های دو متغیر طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت بود ($P > 0/01$). وجود داده‌های پرت نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که هیچگونه داده‌ی پرت و انتهایی وجود ندارد.

آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های کواریانس بعنوان یکی از پیش فرض‌های مهم آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره اجرا شد و نتایج ($F=1/093, P > 0/01$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته همسان است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه ابعاد نابهنجار شخصیت و طرحواره‌های هیجانی در افراد گروه درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز برابر با $0/445$ و با مقدار $F=3/536$ معنادار ($P < 0/01$) است؛ بنابراین تفاوت بین دو گروه درمان نگهدارنده متادون و افراد عادی در حداقل یکی از متغیرهای طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت معنادار است. مقدار مجذور اتا نیز برابر با $0/555$ است؛ یعنی $0/555$ واریانس متغیر وابسته بواسطه متغیر گروه‌بندی (تحت درمان نگهدارنده و عادی بودن) تبیین می‌شود. برای سنجش فرض یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P > 0/01$). تایج بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به تفکیک مؤلفه‌های متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج اثرات بین آزمودنی مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا
۱/۱۶	۱	۱/۱۶	۰/۱۶	۰/۶۹۰	۰/۰۰۲
۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۹۱۴	۰/۰۰۱
۸/۲۳	۱	۸/۲۳	۱/۴۲	۰/۲۳۷	۰/۰۲۱
۳/۶۶	۱	۳/۶۶	۱/۰۳	۰/۳۱۳	۰/۰۱۵
۲۵/۲۰	۱	۲۵/۲۰	۲/۶۶	۰/۱۰۸	۰/۰۳۸
۰/۹۱	۱	۰/۹۱	۰/۴۸	۰/۴۹۰	۰/۰۰۷
۸۴/۷۰	۱	۸۴/۷۰	۹/۸۶	۰/۰۰۲	۱/۲۷
۶/۳۰	۱	۶/۳۰	۱/۴۳	۰/۲۳۷	۰/۰۲۱
۴/۶۳	۱	۴/۶۳	۱/۴۶	۰/۲۳۱	۰/۰۲۱

۰/۰۲۹	۰/۱۶۰	۲/۰۲	۷/۵۶	۱	۷/۵۶	دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجانان
۰/۰۸۸	۰/۰۱۲	۶/۵۹	۲۰/۶۳	۱	۲۰/۶۳	ارزش‌های والاتر
۰/۰۰۶	۰/۵۳۸	۰/۳۸	۱/۴۳	۱	۱/۴۳	پذیرش هیجانان
۰/۰۱۳	۰/۳۴۶	۰/۹۰	۳/۶۶	۱	۳/۶۶	توافق عمومی
۰/۰۳۰	۰/۱۴۸	۲/۱۴	۲۱/۷۳	۱	۲۱/۷۳	عاطفه منفی
۰/۰۰۲	۰/۶۹۵	۰/۱۶	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	گسلش
۰/۱۷۷	۰/۰۰۱	۱۴/۵۸	۸۲/۵۱	۱	۸۲/۵۱	مخالفت ورزی
۰/۱۹۷	۰/۰۰۱	۱۶/۶۴	۱۵۱/۵۶	۱	۱۵۱/۵۶	مهار گسیختگی
۰/۰۱۶	۰/۲۹۸	۱/۱۰	۱۲/۰۱	۱	۱۲/۰۱	روان‌پریش‌خویی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود.

یافته‌ها نشان داد که افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با افراد عادی نمره بالاتری در ابعاد نابهنجار شخصیت می‌گیرند و نمرات آن‌ها در دو بعد مخالفت‌ورزی و مهار گسیختگی به طور معناداری بالاتر از افراد عادی بود. نتایج برخی پژوهش‌ها (۵۰،۲۹) نشان داده است که ابعاد نابهنجار شخصیت نقش قابل توجهی در بازگشت دوره‌های مصرف مواد دارند. همچنین نشان داده شده است که ابعاد نابهنجار شخصیت در اختلالات روانشناختی مختلف نقش دارند (۵۲،۵۱،۲۳،۲۰) و گرایش به مواد و ماندگاری درمان با ویژگی‌های شخصیتی مرتبط است (۵۳،۲۸،۲۷،۱۴). واندرلیک و کلارد (۲۵) نشان دادند مهار گسیختگی و روان‌پریش‌خویی با مصرف مواد و الکل ارتباط بالایی دارد. در بررسی عوامل روانشناختی مرتبط با مصرف مواد، نتایج نشان داد که خطر مصرف مواد با صفت مخالفت‌ورزی و تکانش‌گری مرتبط است (۵۴). یافته‌های پژوهش حاضر همسو با این پژوهش‌ها می‌باشد.

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی از بین مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی، تنها در مؤلفه‌های قابل درک بودن و ارزش‌های والاتر تفاوت معناداری ($P < 0/05$) وجود دارد. به طوری که در هر دو متغیر، میانگین نمرات گروه درمان نگهدارنده با متادون بیشتر از گروه افراد عادی است. اما در مؤلفه‌های نشخوار ذهنی، خودآگاهی هیجانی، گناه، ابراز احساسات، تایید طلبی از دیگران، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانان، پذیرش هیجانان و توافق عمومی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه دیده نمی‌شود؛ همچنین با توجه به جدول ۵ می‌توان دریافت که میان دو گروه در مؤلفه‌های مخالفت‌ورزی و مهار گسیختگی تفاوت معناداری ($P < 0/001$) وجود دارد؛ به طوری که در هر دو متغیر، میانگین نمرات گروه درمان نگهدارنده با متادون بیشتر از گروه افراد عادی است. اما تفاوت در مؤلفه‌های عاطفه منفی، گسلش و روان‌پریش‌خویی معنادار نیست.

نتوانم احساساتم را کنترل کنم"، "به خاطر احساساتم، احساس شرمندگی می‌کنم" و "هیچ کس از ته دل به احساسات من اهمیت نمی‌دهد" بویژه هنگام رویارویی با رویدادهای هیجانی ناخوشایند و منفی، سبب بازگشت فرد به مصرف مواد می‌شوند. بنابراین در صورتی که این طرحواره‌ها مورد توجه و درمان قرار نگیرند می‌توانند باعث عود بیماری شوند.

نشان داده شده است که طرحواره هیجانی ارزش‌های والاتر با با وسوسه و گرایش به مصرف مواد رابطه منفی دارد و این طرحواره می‌تواند به فرد در روشن شدن نیازها و ارزش‌ها (مانند صمیمیت، ارتباط، موفقیت) کمک کند و زمینه ساز مقاومت در برابر وسوسه شود و در نظر نداشتن ارزش‌های والاتر می‌تواند در گرایش به مصرف مواد و تسهیل این امر نقش داشته باشد (۴۶). افرادی که درک پایین‌تری از هیجانات خود دارند، هیجانات‌شان را غیر منطقی می‌پندارند و در این رابطه احساس سردرگمی می‌کنند. برای مثال باورهایی مانند "چیزهایی در مورد خودم هست که از آنها سردر نمی‌آورم" یا "احساساتم عجیب و غریب و بی‌معنی هستند" و ضعف در درک درست هیجان‌ها به سردرگمی و احساس درماندگی در شرایط مختلف زندگی می‌انجامد، این افراد ممکن است به مصرف مواد برای مقابله با ناراحتی ناشی از این وضعیت بپردازند (۳۹).

بنابراین می‌توان گفت ابعاد نابهنجار شخصیت در آسیب‌پذیری، تمایل و گرایش افراد به مصرف مواد بعنوان روشی برای مقابله با موقعیت‌های پرتنش و همراه با آشفتگی نقش دارند. همچنین برخورداری فرد از طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد می‌تواند خطر عود بیماری و مصرف مجدد مواد را افزایش دهد. ابعاد نابهنجار شخصیت و طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد می‌توانند الگوی شناختی و رفتاری باثبات و انعطاف‌ناپذیری از عملکرد ضعیف در رویدادهای روانشناختی پرفشار و آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی به‌ویژه مصرف مواد ایجاد کرده، فرایند درمان را با مشکل روبه‌رو کنند و سبب تسهیل عود بیماری شوند. بنابراین در جهت بهبود روند درمان، رسیدن به نتیجه‌ی مناسب و به‌خصوص پیشگیری از عود در برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد، توجه ویژه به طرحواره‌های هیجانی و ابعاد نابهنجار شخصیت امری مهم و مفید تلقی می‌شود. همچنین

مخالفت‌ورزی با تمایل به نادیده گرفتن نیازهای دیگران ارتباط دارد، به‌گونه‌ای که اگر تعارضی بین خواسته‌های خود و خواسته‌های دیگران وجود داشته باشد، فرد طوری رفتار می‌کند که خواسته‌های خود را مقدم بر خواسته‌های دیگران قرار دهد که این ممکن است با رفتار پرخاشگرانه و خصمانه همراه شود (۵۵). نشان داده شده که افراد با سطح بالایی از مخالفت‌ورزی، در کنترل تکانه‌های خود مشکل داشته و حالات هیجانی منفی را تجربه می‌کنند (۳۳). تعارضات بین فردی، تجربه خشم و پرخاشگری و ضعف در مدیریت هیجانات منفی، می‌تواند افراد تحت درمان را به سمت مصرف مجدد مواد سوق دهد.

مهارت‌گسیختگی، گرایش به ارضای فوری تمایلات ناشی از افکار، احساسات و محرک‌های بیرونی است که به رفتار تکانشی بدون در نظر گرفتن پیامدهای آینده منجر می‌شود (۵۶) ضعف در کنترل تکانه، احساس آشفتگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در شرایط آشفتگی هیجانی در افراد با مهارت‌گسیختگی بالا سبب آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابل رفتارهایی چون مصرف مواد، الکل و رفتارهای جنسی پرخطر می‌شود (۳۰). یافته‌ها نشان داد که افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون نمره بالاتری در مهارت‌گسیختگی می‌گیرند، بنابراین احتمال بازگشت دوره‌های مصرف مواد در این افراد وجود دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون نسبت به افراد عادی در طرحواره‌های هیجانی نمرات بالاتری می‌گیرند و در رابطه با هیجان‌ها از طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد قابل درک بودن استفاده کرده و ارزش‌های والاتری در نظر نمی‌گیرند. پژوهش‌های زیادی (۳۴، ۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۵۷) نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با تاثیر بر درک، تفسیر، ارزیابی، پاسخ‌ها و گرایش‌های عملکرد افراد در رابطه با هیجانات، در ایجاد مشکلات روانشناختی از جمله سوءمصرف مواد نقش دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها همسو می‌باشد. در واقع افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با افراد عادی به‌طور معناداری؛ درک پایین‌تری از هیجانات خود داشته و ارزش‌های والاتری را در نظر نمی‌گیرند. طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد می‌توانند در گرایش فرد به مصرف مواد نقش داشته باشند؛ برای مثال باورهایی مانند "نگرانم

متغیرها باشد. هر چند که میانگین نمرات افراد این گروه در بیشتر متغیرهایی که تفاوت معنادار نشده، بالاتر از گروه عادی است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دشواری در نتیجه‌گیری علت و معلولی به دلیل ماهیت علی-مقایسه‌ای آن اشاره کرد. دیگر محدودیت‌ها نیز شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه‌ی نسبتاً پایین است که احتیاط در تعمیم نتایج را ایجاب می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نقش متغیرهایی مانند راهبردهای تنظیم هیجان نیز همراه با متغیرهای پژوهش حاضر بررسی شود. سنجش اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر درمان و جلوگیری از عود بیماری در افراد وابسته به مواد و افراد تحت درمان نیز پیشنهاد می‌گردد.

در کنار هم قرار گرفتن طرحواره‌های هیجانی، ابعاد نابه‌چار شخصیت و دیگر متغیرهای روانشناختی می‌تواند در ایجاد دید جامعی از اختلال، پیش‌آگهی و درمان مناسب مفید باشد. در سایر مؤلفه‌های پژوهش تفاوت معناداری بین افراد دو گروه مشاهده نشد. یک توضیح احتمالی می‌تواند این باشد که با توجه به این که مدت زمان حداقل سه ماه از شروع درمان افراد گروه تحت درمان نگهدارنده می‌گذرد و میانگین مدت درمان افراد حاضر در پژوهش حدود ده ماه است، و با توجه به اینکه در پژوهش‌های قبلی (۱۵، ۵۲، ۴۴، ۴۶) نشان داده شده است در این متغیرها بین افراد وابسته مواد و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد، به نظر می‌رسد اثرات درمان سبب نزدیک شدن نمرات افراد تحت درمان، شباهت بیشتر به گروه عادی و معنادار نشدن تفاوت در این

References

- Halgin RP, Krauss-Whitbourne S. *Abnormal psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. 2010; New York: McGraw-Hill.
- Truong A, Moukaddam N, Toledo A, Onigu-Otite, E. Addictive Disorders in Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017; 40(3): 475-486.
- Bazmi N. *Psychology of substance dependence (etiology, diagnosis and treatment)*. Tehran: arjmandpub; 2020. [Persian]
- Peleteiro B, Castro C, Morais S, Ferro A, Lunet N. Worldwide burden of gastric cancer attributable to tobacco smoking in 2012 and predictions for 2020. *Digestive Diseases and Sciences*. 2015; 60(9): 2470-2476.
- Deleuze J, et al. Prevalence & characteristics of addictive behaviors in a community sample: A latent class analysis. *Addictive Behaviors Reports*. 2015; 1: 49-56.
- Bing-Fei JT, Yee A, Bin-Habil MH, Danaee M. Effectiveness of Methadone Maintenance Therapy and Improvement in Quality of Life Following a Decade of Implementation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2016; 69: 50-56.
- Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, Lyman DR, Montejano LB, Dougherty RH, Delphin- Rittmon ME. Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatric Services*. 2014; 65: 146-157.
- Murray H, McHugh RK, Behar E, Pratt E, Otto M. Personality Factors Associated with Methadone Maintenance Dose. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2008; 34(5): 634-641.
- Ward J, Bell J, Mattick RP, Hall, W. *Methadone Maintenance Therapy for Opioid Dependence A Guide to Appropriate Use*. *CNS Drugs*. 1996; 6(6): 440-449.
- Bowen S, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*. 2009; 30(4): 295-305.
- Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(2): 162-178.
- Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients with Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*. 2005; 56(10): 1282-1287.
- Ramo DE, Anderson KG, Tate SR, Brown SA. Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*. 2005; 30(9): 1811-1823.
- Cobos JP, Sinol N, Banulus E, Batlle F, Tejero A, Trujols J. Personality traits of cocaine-dependent patients associated with cocaine-positive baseline urine at hospitalization. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36(1): 52-56.
- Oraki M, Mokri A, Kiaei Ziabari SM. Relationship between Craving for Methamphetamine and Personality Characteristics among Patients in Methadone Maintenance Treatment Program. *IJPCP*. 2014; 19(3) :177-186.
- Andersson HW, Wenaas M, Nordfjarn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*. 2019; 90: 222-228.

17. Góngora VC, Solano AC. Pathological Personality Traits (DSM-5), Risk Factors, and Mental Health. *Sage Open*. 2017; 7(3): 1-10.
18. Krueger RF, Markon KE. The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014; 10: 477-501.
19. Ackerman AA, Corretti CA. Pathological personality traits and intimacy processes within roommate relationships. *European Journal of Personality*. 2015; 10(29): 152-172.
20. Zeigler-Hill V, Hobbs KA. The Darker Aspects of Motivation: Pathological Personality Traits and the Fundamental Social Motives. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2017; 36(2): 87-107.
21. Thomas KM, et al. The Convergent Structure of DSM-5 Personality Trait Facets and Five-Factor Model Trait Domains. *Sage Open*. 2012; 20(3): 308-311.
22. Wright AGC, Pincus AL, Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Krueger RF. An Interpersonal Analysis of Pathological Personality Traits in DSM-5. *Assessment*. 2012; 19(3): 263-275.
23. Hong R.Y, Tan YL. DSM-5 personality traits and cognitive risks for depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2021; 169(1).
24. Creswell KG, Bachrach RL, Wright AG, Pinto A, Ansell E. Predicting problematic alcohol use with the DSM-5 alternative model of personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016; 7(1): 103-111.
25. VanDerBleek E, Clark LA. Associations Between Pathological Personality Traits and Different Types of Legal Offenses. University of Notre Dame; 2015.
26. Gunnarsson M. Psychological factors associated with substance use in adolescents. [Dissertation]. Department of Psychology, the University of Gothenburg, Sweden; 2012.
27. McMahon RC. Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2001; 21(2): 77-87.
28. Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. Are Personality Traits Familial Risk Factors for Substance Use Disorders? Results of a Controlled Family Study. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(10): 1760-1766.
29. Sharma AK, et al. A study of factors affecting relapse in substance abuse. *Indian Journal of Life Science*. 2012; 2(1): 31-35.
30. Pour Rajabali Moafi M, Abdi R, Chelbianlou G. The Role of Abnormal Personality Dimensions in Prediction of Tendency to Substance Use in Tehran University Students in 2016: the Mediating Role Of Impulsivity. *etiadpajohi*. 2018; 12 (46) :235-254.
31. Jebraeili H, Moradi A, Habibi M. Examining the Mediating Role of Emotional Dysregulation in the Relationship between Impulsivity Personality Trait and Consumption & Multiple Consumption of Drugs, Alcohol, and Tobacco. *etiadpajohi*. 2017; 11(41) :173-190.
32. Seyed Hashemi SGH, Merghati Khoei E, Hosseinneshad SH, Mousavi M, Dadashzadeh SH, Mostafaloo T, Mahmoudi SH, Yousefi H. Personality traits and substance use disorders: Comparative study with drug user and non-drug user population. *Personality and Individual Differences*. 2019; 148: 50-56.
33. Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*. 2016; 95:168-177.
34. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12: 1-4.
35. Leahy RL. Emotional Schemas and Self-Help Homework Compliance. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(3): 297-302.
36. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*. 2002; 9(3): 177-190.
37. Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Emotional Schemas, Psychological Flexibility, and Anxiety: The Role of Flexible Response Patterns to Anxious Arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4): 380-391.
38. Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4): 362-379.
39. Leahy RL. Emotional schema therapy. New York: Guilford; 2015.
40. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral practice*. 2007; 14(1): 36-45.
41. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. John Wiley & Sons; 2011.
42. Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonsky VM, Yaltonskaya AV. The Role of Emotional Schemas in Anxiety and Depression among Russian Medical Students. *Psychology in Russia* 2018; 11(4); 130-143.
43. SaberiZafarhandi MB, Khanipour H. Prediction the severity of addiction based on the role of the demographic factors, history of childhood abuse, temperament dimension and emotional schemas. *Koomesh*. ۲۰۱۹; ۲ (۱): ۱۰۹-۱۱۵.

44. Ghaednia Jahromi A, Hasani J, Farmani Shahreza S, Zarei F. The Assessment of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Men with Substance Abuse, Abstinent and Normal Individuals. *Community Health*. 2016; 3(4): 307-18. [Persian]
45. Leahy RL. EMOTION REGULATION IN CBT: An emotional schema therapy approach. *Psychoz*; 2013.
46. Masoomi-Nomandan S, Hasani J, Hatami M. The role of emotional schemas in substance abuse craving. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(2): 131-136. [Persian]
47. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani Sh, Saidian M. Factor Structure and Psychometric Properties of Emotional Schema Scale, Quarterly of Clinical Psychology Studies. 2013; 3(11): 91-119. [Persian]
48. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol, AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012; 42(09): 1879-1890.
49. Abdi R, Chalabianlou G. Adaptation and Psychometric Characteristic of Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF). *Journal of Modern Psychological Researches*. 2017; 12(45): 131-154. [Persian]
50. Fisher LA, Elias JW, Ritz K. Predicting Relapse to Substance Abuse as a Function of Personality Dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1998; 22(5): 1041-1047.
51. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. 2011; 10(2): 103-106.
52. Hopwood CL, et al. Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addictive Behaviors*. 2011; 36(11): 1087-1090.
53. Nordfærn T. Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*. 2010; 16(4): 313-329.
54. Hopwood CJ, et al. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012; 121(2): 424-432.
55. Harkness AR, Reynolds SM, Lilienfeld SO. A review of systems for psychology and psychiatry: Adaptive systems, personality psychopathology five (PSY-5), and the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*. 2014; 96: 121-139.
56. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
57. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4): 359-361.

Original Article

Comparison of abnormal personality dimensions and emotional schemas in patients under methadone maintenance treatment and ordinary people

Received: 07/09/2021 - Accepted: 29/05/2022

Ali Mahmoodian¹
Parvin Rafieinia^{2*}

¹ PhD student in psychology,
Department of Clinical Psychology,
Semnan University, Semnan, Iran
² Assistant Professor, Department of
Clinical Psychology, Semnan
University, Semnan, Iran

Email: p_rafieinia@semnan.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to compare the abnormal personality dimensions according to the DSM-5 and the emotional schemas in patients under methadone maintenance treatment and ordinary people.

Materials and Methods: the plan of the present study was descriptive and causal-comparative. 35 patients under methadone maintenance treatment were selected by available sampling method from 3 addiction treatment centers and 35 ordinary people were matched with patients under methadone maintenance treatment with age, gender, marital status and level of education.

Results: The results showed a significant difference in the Comprehensibility and Higher values components of the emotional schemas scale, as well as Antagonism and Disinhibition components of the pathological personality dimensions scale between patients under methadone maintenance treatment and ordinary people.

Conclusion: According to the results of the present study, it can be said that considering antagonism and disinhibition of abnormal personality dimensions and comprehensibility and lower values of incompatible emotional schemas in individuals can be have practical implications for psychotherapists in preventing substance abuse and intervening in addicts and patients under Methadone maintenance treatment.

Key words: abnormal personality dimensions, emotional schemas, addiction, under treatment, methadone

Acknowledgement: There is no conflict of interest