رابطه بین بد رفتاری در کودکی با سوءمصرف مواد مخدردر بزرگسالی:

نقش واسطهای طرحواره های ناسازگار اولیه

معصومه بهبودی[1]، محسن احمدی طهور سلطانی[2]

۱-گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. ۲-مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. نویسنده مسئول.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۱۳۹۶/۸/۲۹
پذیرش : ۱۳۹۷/۱۲/۱۱

کلید واژگان
طرح واره های ناسازگار اولیه، بد رفتاری با کودک، سوءمصرف مواد.

نویسنده مسئول
Email:
mabehboodi@gmail.com

چکیده

مقدمه: بد رفتاری با کودکان (کلامی، عاطفی و جسمی) پیامدهای منفی فراوانی در بزرگسالی برای آنها به همراه دارد که از جمله آن می‌توان به سوءمصرف مواد اشاره کرد. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه بین بد رفتاری در کودکی با سوءمصرف مواد در بزرگسالی می باشد.

روش کار: در این پژوهش توصیفی- همبستگی، تعداد ۱۰۶ نفر (۱۲ نفر زن و ۹۴ نفر مرد) از بین افراد مراجعه‌کننده به انجمن معتادان گمنام و مراکز ترک اعتیاد شهر همدان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد به پرسشنامه عوامل خطر و محافظت کننده، فرم کوتاه پرسشنامۀ طرحواره یانگ (SF-YSQ) و مقیاس آسیب و سوءاستفاده از کودک (CATS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی از قبیل ضریب همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری با کمک نرم افزار SPSS.24 و لیزرل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم بدرفتاری در کودکی (به واسطه طرح واره‌های ناسازگار اولیه) بر سوءمصرف مواد در بزرگسالی در سطح ۹۵درصد معنادار بود. اثر بدرفتاری در کودکی بر طرحوارهای ناسازگار و اثر طرحواره های ناسازگار بر سوءمصرف مواد در بزرگسالی در سطح ۹۵درصد معنادار بود، ولی اثر مستقیم بد رفتاری در کودکی بر سوءمصرف مواد در بزرگسالی معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که بد رفتاری با کودکان باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در آنها می شود و شکل گیری این طرحواره ها نیز منجر به رفتارهای آسیب رسانی از جمله سوءمصرف مواد مخدر می‌شوند.

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که در آن فرد با وجود مشکلات قابل‌ملاحظه‌ی مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد(۱). سوءمصرف مواد، اثرات بازدارنده‌ای بر رشد و شکوفایی فرد و جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران‌کننده است و هزینه قابل‌توجهی بر کشورهای جهان تحمیل کرده است. در حال حاضر مصرف مواد مخدر سالانه حدود ۲۰۰ ملیون نفر را در سرتاسر جهان به کام مرگ می‌کشاند(۲). در واقع سوء مصرف مواد مخدر هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی بر جامعه تحمیل می‌کند و به یک تهدید بزرگ برای جوامع تبدیل شده است(۳).

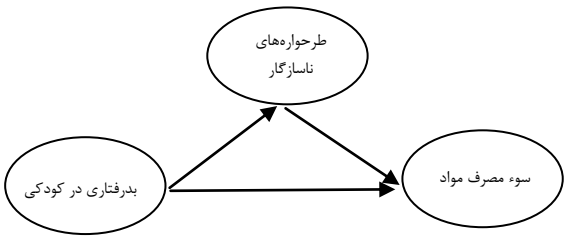
امروزه در سبب‌شناسی سوءمصرف موادمخدر، رویکردهای چند عامل[1] و علی تعاملی[2] به جای رویکردهای سنتی تک عاملی مورد توجه قرار گرفته‌اند، که برای تبیین کامل‌تر سوءمصرف مواد عوامل مختلف را هم‌زمان در نظر می‌گیرند. پیامد این بررسی‌ها شناسایی مجموعه‌ای از عوامل خطر و محافظت‌کننده است، که به ترتیب احتمال مصرف موادمخدررا افزایش و کاهش می‌دهند (۴). مصرف مواد می‌تواند در نتیجه تأثیر عوامل مختلف زیستی، از قبیل سن، جنسیت، ژنتیک(۵)،روان‌شناختی از قبیل، اعتمادبه‌نفس پایین(۶) و عوامل اجتماعی از قبیل وضعیت اقتصادی(۷)، عوامل محیطی(۸) و عوامل خانوادگی مانند سابقه اعتیاد در خانواده(۹)، سبک‌های دلبستگی(۱۰)و .. شکل گرفته و ادامه یابد.

یکی از عوامل زمینه‌ساز سوءمصرف موادمخدر می تواند بد رفتاری با کودک در محیط خانواده و یا در محیط اجتماعی کودک از سوی افراد خانواده، نزدیکان و یا افراد غریبه به صورت کلامی، جسمی، جنسی و یا عاطفی باشد که مشکلات عمده در

۱– Multifactor approaches
۲– Interactive causal

شکل‌گیری نظام روانی فرد و عملکرد او در بزرگسالی بوجود آورد. بدرفتاری با کودکان چالش‌هایی را ایجاد می‌کند که این چالش‌ها می‌تواند قربانیان بدرفتاری را به سمت رفتارهای نابهنجاری در طول رشد هدایت کند، که از جمله آنها شرکت در رفتارهای پر خطر می‌باشد. به عنوان مثال نوجوانان و بزرگسالانی که دارای سوابق رشدی بدرفتاری در کودکی هستند نرخ بالاتری از شرکت در رفتارهای پر خطر جنسی(۱۱) مصرف حشیش(۱۲) و مصرف الکل(۱۳) را گزارش می‌کنند. همانطور که اشاره شد بدرفتاری با کودکان[۱] (سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی و کلامی) با دامنه گسترده ای از رفتارهای پر خطر[۲](مصرف مواد، مصرف الکل، رفتارهای ضداجتماعی) ارتباط دارد، با این وجود مکانیسم‌های ویژه‌ای که زمینه‌ساز این ارتباط هستند به طور کامل شناخته نشده اند. وجود مشکلاتی در زمینه سبک‌های دلبستگی و طرحواره های ناسازگار اولیه دو عاملی هستند که در ارتباط با بدرفتاری کودکان و رفتارهای پر خطر حمایت‌های تجربی بالایی دریافت کرده‌اند(۱۴) و (۱۵). در حقیقت کیفیت دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار از فرایندهای رشدی اولیه‌ای[۳] هستند که می‌توانند به وسیله بدرفتاری با کودکان تحت تاثیر قرار گیرند (۱۶). با تبدیل این عامل‌ها به مکانیسم های بالقوه برای رفتارهای پر خطر، در واقع بدرفتاری با کودکان به طور غیرمستقیم بر رفتارهای پر خطر تاثیر می‌گذارد. در رابطه با تاثیر بدرفتاری در کودکی بر طرحواره‌های ناسازگار می توان گفت هنگامی که کودک مورد بدرفتاری به ویژه از سوی والدین قرار می‌گیرد این احساس در او ایجاد می‌شود که دنیا مکان امنی نیست و نمی‌توان به دیگران اعتماد کرد و نداشتن اطمینان و اعتماد در ایجاد یا تداوم ارتباط با دیگران اختلال ایجاد می‌کند(۱۷). طرحواره مفهومی در روانشناسی شناختی است که به بررسی این نکته می‌پردازد که افراد چگونه می اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می آورند (۱۸). مطابق نظر یانگ[۴] و همکاران، رشد طرحواره‌ها اغلب به دوران کودکی باز می‌گردد. طرحواره‌ها الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی در دوران کودکی یا نوجوانی تشکیل شده‌اند و به شدت ناکارآمد هستند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند و در سیر زندگی تداوم دارند (۱۷). این طرحواره‌ها به شدت از بد رفتاری با کودکان تاثیر می‌پذیرند و این طرحوارهای ناسازگار می‌تواند قربانیان بدرفتاری را به سمت راه‌های نابهنجاری در طول رشد هدایت کند و این راه‌ها نیز درنهایت به شرکت در رفتارهای پر خطری چون سوءمصرف مواد در بزرگسالی ختم می‌شوند. برخی از تحقیقات نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار از عوامل سبب‌شناختی مهم در گرایش به رفتارهای پرخطر و فعالیت جنسی ناایمن به شمار می‌رود (۱۹). همچنین تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مصرف موادمخدر رابطه وجود دارد(۲۰)، (۲۱) و (۲۲). هر چند تحقیقات ارتباطات ویژه‌ای را بین انواع مختلف بدرفتاری با کودکان و رفتارهای پر خطر نشان داده‌اند (۲۳)، تحقیقات بیشتری نیاز است تا روی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تبیین رابطه بین بدرفتاری با کودک و سوءمصرف مواد مخدر در بزرگسالی صورت گیرد. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر پاسخ به این سوال می باشد که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند رابطه بین بدر فتاری در کودکی با سوء مصرف موادمخدر در بزرگسالی را تبیین کنند؟ مدل مفهومی که این پژوهش در صدد برآورد آن بوده است در شکل (۱) ارائه شده است.

شکل۱-مدل مفهومی رابطه بین بدرفتاری در کودکی با سوءمصرف مواد مخدر با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار



روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی بود. نمونه این تحقیق ۱۵۵ نفر شامل: تعداد ۸۵ نفر مرد و ۱۵ نفر زن شرکت‌کننده در جلسات درمانی NA (معتادان گمنام) شهر همدان و ۵۵ نفر از مراجعان مراکز ترک اعتیاد ماده ۱۵ و۱۶اصلاحیه (غیردولتی و دولتی) ستاد مبارزه با مواد مخدر استانداری همدان بودند که به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند. تمایل افراد به شرکت در پژوهش، آگاهی دادن به آن ها در خصوص علت انجام پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات فردی آنان و هم چنین آزاد بودن شرکت کننده به انصراف از ادامه‌ی کار از ملاک‌های مهم رعایت شده در انجام این مطالعه بود. به دلیل آنکه تعدادی از پرسشنامه‌ها به صورت نیمه‌تمام رها شدند یا کاملاً بدون دقت پر شده بودند، از تحلیل خارج گردیدند. در نهایت تعداد ۱۰۶ نفر در تحلیل نهایی داده ها باقی ماندند که شامل۱۲ نفر زن و ۹۴ نفر بود. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بودند از:

۱– child maltreatment
۲– Risky behavior
۳– Primary developmental process
۴– Young

۱-پرسشنامه‌های فرم کوتاه طرحواره یانگ[1]: این پرسشنامه دارای ۷۵ سوال است که که توسط یانگ[2] بر پایه یافته های اشمیت [3]و همکاران برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار ساخته شده است(۲۴). این ۱۵ طرحواره در درون پنج حیطه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است که در پژوهش حاضر از ۲۵ سوال آن که طرحواره‌های حیطه بریدگی و طرد را می‌سنجد استفاده شد. هر عبارت روی یک مقیاس ۶ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. برای به دست آوردن نمره هر خرده‌مقیاس در طرحواره ناکارآمد میانگین نمره در هر ۵ سوال محاسبه می‌گردد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود(۲۵). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷درجمعیت مذکر ۰/۹۸به دست آمد(۲۶).

۲- پرسشنامه ضربه کودک[4]: به منظور سنجش بدرفتاری از این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه توسط برنستین [5]و همکاران (۲۷) ساخته شده است و در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی ۵۳ ماده ای آن ارایه شد. این مقیاس آزاردیدگی را در پنج زیر مقیاس اندازه‌گیری می‌نماید و یک نمره کلی به دست می‌دهد که مقیاس بدرفتاری کلی نامیده می‌شود. پنج زیر مقیاس این پرسشنامه شامل آزار عاطفی، آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌باشد. به منظور نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت استفاده می‌شود. برنستین و همکاران (۲۷) پایایی عوامل مختلف را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴گزارش کرده‌اند. شهنی ییلاق و همکاران(۲۸) نیز در پژوهش خود به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه روی ۳۵۰ دانش‌آموز دختر دوره راهنمایی در شهر اهواز سال ۸۶ از روش تحلیل عوامل استفاده کردند که عوامل به دست آمده منطبق با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بوده و پایایی عوامل مختلف آن بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴به دست آمد. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه بازنگری شده "مقیاس سوءاستفاده و آسیب از کودک"[6] استفاده شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۲۸ سوال (هرگز=صفر تا همیشه=پنج)می باشد که در آن سوال‌ها با یکدیگر جمع می‌شوند سپس به تعداد تقسیم می‌شوند تا میانگین هر خرده‌مقیاس محاسبه گردد و از چهار خرده‌مقیاس (بهره‌کشی جسمی، بهره‌کشی کلامی، بهره کشی هیجانی و جنسی) تشکیل شده است. در پژوهش حاضر دو خرده‌مقیاس هیجانی و کلامی در هم ادغام شده ودر قالب خرده‌مقیاس عاطفی مورد بررسی قرار گرفته است. پاسخ‌ها به صورت طیف لیکرتی پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شده، کمترین نمره کسب شده در این مقیاس صفر و بیشترین آن ۱۱۲ می‌باشد که هر چه نمره فرد بیشتر باشد نشان از وجود آسیب بیشتر در او می‌باشد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای بهره‌کشی جسمی ضریب آلفای۰/۸۹، بهره‌کشی کلامی ۰/۸۸، بهره کشی هیجانی۰/۸۹ وبهره‌کشی جنسی ۰/۸۵و پایایی کلی این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

۳- مقیاس رفتارهای پر خطر: جهت سنجش سوءمصرف موادمخدر از مقیاس رفتارهای پر خطر استفاده شد. این مقیاس با اقتباس از پرسشنامه مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر برای تعیین میزان مصرف سیگار، الکل و سایر انواع مواد ساخته شده است. این مقیاس شامل دو بخش می‌باشد، بخش اول اطلاعات جمعیت‌شناختی(جنسیت، سن، تحصلات، ترتیب تولد، تحصلات والدین، وضعیت مالی، و وضعیت مصرف موادمخدر در خانواده) و بخش دوم سوالاتی در خصوص الگوی مصرف انواع موادمخدر در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه گذشته، را می‌سنجند. پرسشنامه بررسی مصرف موادمخدر از ویژگی های روانسنجی خوبی برخوردار است و ضریب اعتبار آن ۰/۸۷ گزارش شده است(۲۹).

یافته‌ها

۹۴ نفر (۸۸/۷ درصد)، از اعضای نمونه، مرد و۱۲نفر (۱۱/۳درصد)، زن بودند. ۴ نفر (۳/۸ درصد)، از اعضای نمونه در محدوده سنی پایین‌تر از ۲۰ سال، ۲۹ نفر (۲۷/۴ درصد)، در محدوده ۳۰-۲۰ سال، ۳۴ نفر (۳۲/۱ درصد)، در محدوده سنی ۴۰-۳۱ و ۳۱ نفر (۲۹/۴ درصد)، در محدوده سنی۵۰-۴۱ سال،۶ نفر(۵/۷ درصد)، در محدوده سنی بالاتر از۵۰ سال قرار داشتند و ۲ نفر (۱/۹ درصد)، نیز سن خود را مشخص نکرده بودند. ۴۳ نفر (۴۰/۶ درصد)، از اعضای نمونه، مجرد، ۵۵ نفر (۵۱/۹درصد)، متأهل و۷ نفر (۶/۶ درصد) نیز مطلقه بودند. همچنین ۱ نفر (۰/۹ درصد) نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بود.۳ نفر (۲/۲۸ درصد)، بی سواد، ۱۲ نفر (۱۱/۳ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی،۲۴ نفر (۲۲/۶ درصد)، دارای تحصیلات سیکل، ۲۷ نفر (۲۵/۵ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم، ۲۰ نفر (۳۱/۹ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و ۱۷ نفر (۱۶ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند.همچنین ۳ نفر (۲/۲۸ درصد) تحصیلات خود را مشخص نکرده بودند. ۹ نفر (۸/۵ درصد)، از

۱– Young Schema Questionnaire Short Form
۲– Young
۳– Schmidt
۴- Child Trauma Questionnaire
۵- Bernstien
۶- Child Abuse and Trauma Scale

اعـضای نمونه دارای وضعـیت اقتـصادی خیـلی خوب، ۲۰ نفـر (۱۸/۹ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۴۸ نـفـر (۴۵/۳ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۲۷ نفر (۲۵/۵ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و ۱ نفر (۰/۹ درصد)، تحت پـوشـش کمیته امداد یا بهزیستی بودند. همچنین ۱ نفر(۰/۹ درصـد)، نـیـز وضعیت اقتصادی خود را مشخص نکرده بود. ۳ نفر (۲/۸ درصد) ، به مدت کمتر از ۶ ماه، ۵ نفر (۴/۷ درصد)، به مدت ۶ ماه تا ۱ سال، ۱۸ نفر (۱۷ درصد)، به مدت ۲ تا ۳ سال، ۱۰نـفـر (۹/۴ درصد)، به مدت ۴ تا ۵ سال،۱۱ نفر (۱۰/۴ درصد) به مدت ۶ تا ۷ سال و ۱۶ نفر (۱۵/۱ درصـد) به مدت ۸ تا ۹ سال و ۱۵ نفـر (۱۴/۲ درصد) به مدت بیشتر از۱۰سال دچار اعتیاد بـوده انـد. همچنین ۲۸ نفر (۲۶/۴ درصد) مدت اعتیاد را مشخص نـکـرده بودند. (جداول ۱ و ۲)

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کشیدگی	چولگی
بدرفتاری جنسی	۱۰۶	۱۲,۲۱	۴,۵۵	۲۰,۷۶	۱,۷۴	۱,۳۵۱
بدرفتاری جسمی	۱۰۶	۹,۲۹	۵,۰۱	۲۵,۱۰	-۰,۲۶۲	۰,۹۳۵
بدرفتاری عاطفی	۱۰۶	۴۶,۲۷	۱۰,۶۸	۱۱۴,۰۷	۰,۵۴۲	-۰,۱۰۸
نمره کل بدرفتاری	۱۰۶	۶۶,۰۶	۱۵,۹۷	۲۵۵,۰۹	۰,۹۸۹	۰,۶۶۹
محرومیت هیجانی	۱۰۶	۱۴,۲۸	۷,۲۳	۵۲,۳۹	-۱,۰۴	۰,۲۶۰
رهاشدگی	۱۰۶	۱۵,۶۷	۷,۴۶	۵۵,۷۸	-۱,۱۲	۰,۲۲۸
بی اعتمادی	۱۰۶	۱۴,۹۹	۷,۱۰	۵۰,۴۴	-۰,۹۲۴	۰,۲۳۴
انزوای اجتماعی	۱۰۶	۱۴	۸,۷۹	۷۷,۴۲	۰,۴۷۷	۱,۵۱۸
نقص/ شرم	۱۰۶	۱۳,۳۴	۸,۲۱	۶۷,۵۰	۰,۸۴۱	۱,۹۳۵
نمره کل طرحواره ناسازگار	۱۰۶	۷۲,۳۰	۳۰,۷۴	۹۴۵,۰۱	-۰,۷۳۰	۰,۲۶۱
مصرف سیگار	۱۰۶	۱۹,۹۵	۷,۸۸	۶۲,۱۷	-۱,۰۴	-۰,۶۴۴
مصرف شیشه	۱۰۶	۱۰,۹۷	۷,۶۸	۵۸,۹۹	-۰,۴۵۵	۰,۹۶۵
مصرف هروئین	۱۰۶	۱۲,۱۴	۱۰,۶۳	۱۱۳,۱۸۹	۱,۵۷۳	۱,۷۰۳
مصرف تریاک	۱۰۶	۱۴,۲۶	۱۰,۵۱	۱۱۰,۵۵	۰,۳۳۲	۱,۸۹
مصرف اکس	۱۰۶	۶,۶۳	۴,۰۳	۱۶,۲۹	۰,۷۹۸	۱,۰۰۹
مصرف حشیش	۱۰۶	۱۰,۰۹	۸,۴۵	۷۱,۴۷	۰,۵۷۳	۱,۶۱
مصرف مشروب	۱۰۶	۱۱,۹۸	۹,۴۹	۹۰,۲۴	-۱,۵۵۷	۱,۸۷
مصرف قلیان	۱۰۶	۱۵,۱۴	۶,۴۰	۴۰,۹۶	-۰,۹۰۱	۰,۰۵۵
نمره کل سوءمصرف	۱۰۶	۱۶۴,۷۹	۵۴,۱۴	۲۹۳۱,۲۳	۰,۷۱۵	۰,۸۴۳

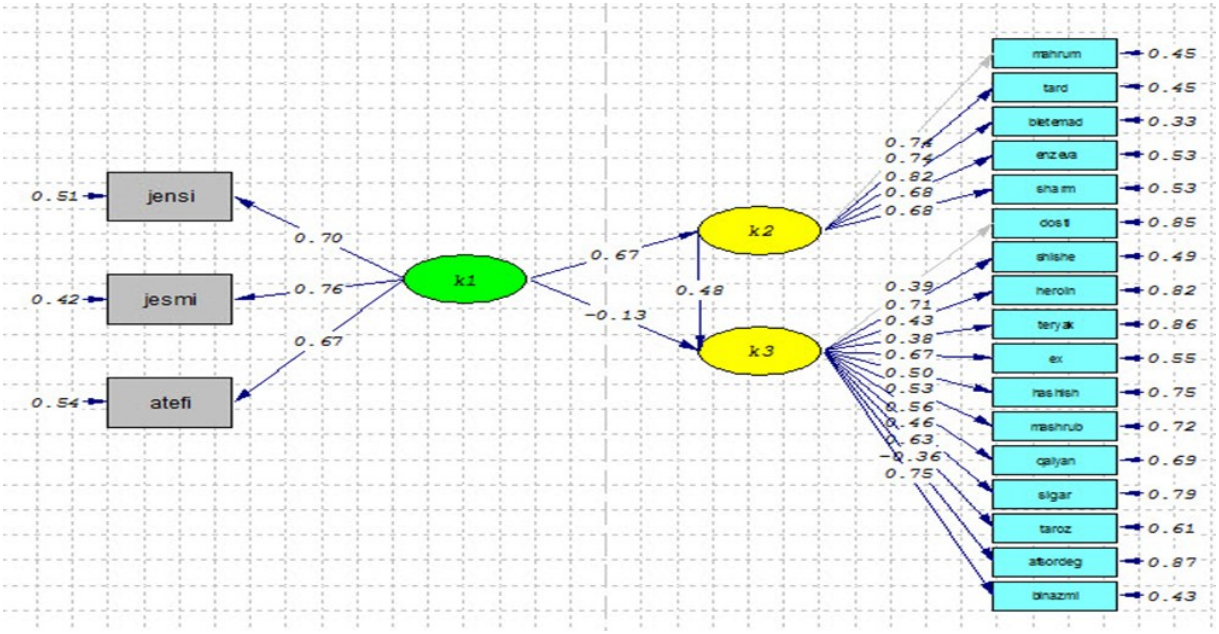
جدول ۲-ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	بدرفتاری جنسی	بدرفتاری جسمی	بدرفتاری عاطفی	بدرفتاری
محرومیت هیجانی	**۱,۹۹	**۰,۳۷۴	**۰,۳۱۵	**۰,۳۵۷
رهاشدگی	**۰,۹۲	**۰,۳۸۲	**۰,۳۹۵	**۰,۴۴۳
بی اعتمادی	**۰,۳۲۸	**۰,۴۵۰	**۰,۴۲۴	**۰,۴۸۳
انزوای اجتماعی	**۰,۲۲۶	**۰,۴۵۱	**۰,۳۰۷	**۰,۳۷۶
نقص/شرم	**۰,۳۵۷	**۰,۴۱۷	**۰,۲۹۷	**۰,۴۰۳
طرحواره ناسازگار	**۰,۳۵۳	**۰,۵۲۵	**۰,۴۳۶	**۰,۵۱۹
سوءمصرف مواد	۰,۰۹۴	**۰,۲۰۵	۰,۰۸۳	۰,۱۳۴

** همه همبستگی ها در سطح P <۰/۰۱ معنادار بودند.

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود تمامی ضرایب همبستگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یعنی محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص و شرم و نمره کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه همبستگی مثبت و معناداری با تمامی خرده‌مقیاس‌های بدرفتاری در کودکی یعنی بدرفتاری جسمی، جنسی و عاطفی و نمره کلی بدرفتاری دارند. ضریب همبستگی نمره کلی سوء مصرف مواد تنها با خرده مقیاس بدرفتاری جسمی رابطع معناداری دارد و با دو خرده‌مقیاس بد رفتاری جنسی و عاطفی و نمره کلی مقیاس بدرفتار رابطه معناداری ندارد. در ادامه به بررسی مدل مفهومی که این پژوهش در صدد برآورد آن بوده است پرداخته شده که در آن فرض بر این بوده که بد رفتاری در کودکی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اثر غیرمستقیمی بر سوءمصرف موادمخدر دارد. همچنین فرض شده است که بد رفتاری در کودکی اثر مستقیمی بر سوءمصرف مواد وهم برطرحواره‌های ناسازگار دارد. فرض دیگر پژوهش اثرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار بر سوءمصرف موادمخدر است. در شکل ۲ مدل برآورد شده نهایی ارائه شده است.

شکل۲- مقادیر ضرایب مسیر در الگوی ساختاری رابطه بدرفتاری در کودکی با طرحواره های ناسازگار و سوءمصرف مواد (در این مدل، بدرفتاری در کودکی K=1و طرحواره های ناسازگار K=2و سوء مصرف مواد در بزرگسالی K=3می باشد)



جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل ارتباط بین بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف موادمخدر با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه

x^2/df	(RMSEA)	(GFI)	(AGFA)	(NFI)	(CFI)
۱,۷۲	۰,۰۸۳	۰,۷۸	۰,۷۳	۰,۸۰	۰,۹۰

با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت داده‌های جمع‌آوری شده از الگوی مفروض حمایت لازم را به عمل می‌آورند. بر اساس نتایج محاسبات مربوط به مدل، مقدار شاخص نیکویی برازش مجذور کای (x2) برابر ۲۸۸/۴۶ با درجه‌ی آزادی ۱۶۷ به دست آمد. حاصل تقسیم مجذور کای بر درجه آزادی (x^2/df)در مدل‌های با کفایت بهتر است کمتر از ۳ باشد، که در اینجا برابر ۱/۷۲ می‌باشد. به جز شاخص مجذور کای، از شاخص‌های دیگری استفاده شد. RMSEAمیانگین باقیمانده های بین کواریانس/ همبستگی مشاهده شده درباره نمونه و مدل مورد انتظار برآورد شده از جامعه است. مقادیر کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده برازش خوب است، ۰/۸۰ تا ۰/۱۰ نشانه برازش متوسط است و مقادیر بیش از ۰/۱۰ به معنای برازش ضعیف است.GFIاز نظر مفهومی به R2 در رگرسیون چندگانه شباهت دارد. این شاخص، نسبت واریانس موجود در کوواریانس/همبستگی نمونه است که به وسیله مدل پیش بینی شده به حساب می آید و دامنه آن از صفر (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) است. AGFIاز این نظر که میانگین مجموع مجذورات را جایگزین جمع کلی مجذورات می کند با GFIمتناظر است. شاخص ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریبی (RMSEA=۰/۰۸۳)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۷۸)، شاخص تعدیل‌شده‌ی نیکویی برازش

(AGFI=۰/۷۳)، شاخص نرم شده‌ی برازندگی(NFI=۰/۸۰)و شاخص برازندگی تطبیقی(CFI=۰/۹۰) بود. اندازه این شاخص های GFI، AGFI، NFIوCFI می تواند بین ۰ تا ۱ باشد و هرچه نزدیک به ۱ باشند بهتر است. همانگونه که شاخص ها نشان می‌دهند برازش مدل، مناسب است.

مدل، بدرفتاری در کودکی K=1و طرحواره های ناسازگار K=2و سوء مصرف مواد در بزرگسالی K=3می باشد)

بررسی کمیت‌های tجدول ۴ جهت بررسی معناداری رابطه مسیرها نشان می‌دهد که مسیر رابطه بین بد رفتاری در کودکی با طرحوارهای ناسازگار (t=۵/۵۰،P <۰/۰۱) و مسیر رابطه طرحواره های ناسازگار با سوءمصرف مواد (t=۲/۲۷ ،P <۰/۰۵) معنادار می‌باشند و میسر رابطه بدرفتاری در کودکی با سوءمصرف مواد (t=۰/۷۲ ،P >۰/۰۵) معنادار نمی‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که طرحواره های ناسازگار اولیه به خوبی رابطه بین بدرفتاری در کودکی و سوءمصرف موادمخدر را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

جدول ۴- اثرات مستقیم وغیرمستقیم مدل، مقادیر t و معناداری آن‌ها

			اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
سوءمصرف مواد	بدر فتاری در کودکی	ضریب مسیر	-۰/۱۳	۰/۳۲	۰/۱۹
		آزمون معناداریt	-۰/۷۲	-----	----
	طرحواره های ناسازگار	ضریب مسیر	۰/۴۸	-----	۰/۴۸
		آزمون معناداری t	۲/۲۷*	-----	۲۷/۲*
طرحواره های ناسازگار	بدرفتاری در کودکی	ضریب مسیر	۰/۶۷	-----	۰/۶۷
		آزمون معناداری t	۵/۵۰*	-----	۵/۵۰*

* معنا داری در سطح ۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط بین بدرفتاری در کودکی با سوءمصرف موادمخدر بود. نتایج تحلیل مسیر حاکی از این بود که بدرفتاری در کودکی به طور مستقیم با طرحواره های ناسازگار و به طور غیرمستقیم و به واسطه طرحواره های ناسازگار با مصرف موادمخدر رابطه دارد. بدرفتاری در دوره کودکی[1] پیش‌بینی‌کننده قوی اختلالات روانشناختی مثل اضطراب و افسردگی در سراسر بزرگسالی و تمام طول عمر است و نیز بد رفتاری توسط والدین و سوءاستفاده توسط همسالان به عنوان عامل خطر برای ایجاد افسردگی و اضطراب اجتماعی است(۳۰). به همین دلیل تحقیقات زیادی در مورد پیامدهای دردناک تجارب نامطلوب دوران کودکی انجام شده است(۳۱). بنابراین کودکانی که کتک خورده ، مکرراً مورد تهاجم جنسی قرار می گیرند یا از غذا، پوشاک و سرپناه محروم می شوند، ممکن است تلف شوند ویا زنده بمانند و با عوارض آن رفتار در بزرگسالی روبرو شوند(۳۲). در کودکان مورد سوءرفتار جسمی یا جنسی، بسیاری از اختلالات روان پزشکی از جمله اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی و افزایش خطر خودکشی و آسیب به خود مشاهده می‌شود. کودکان قربانی سوءرفتار والدین مبتلا به آسیب های روانی، بیشتر از کوکان چنین والدینی به اختلالات روانی دچار می‌شوند. در کودکانی که مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته‌اند، عزت‌نفس پایین، افسردگی، اختلالات تجزیه‌ای و سوء مصرف مواد مخدر دیده می‌شود(۳۲).

بارانف و تیان(۳۳) نیز تعاملات ناکارآمد والدین با کودک را پیش‌بینی‌کننده بسیار خوبی برای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یافتند. سسرو و همکاران(۳۳) هم نشان دادند که بین طرح واره‌های ناسازگار اولیه، با مورد بی‌توجهی و غفلت قرار گرفتن و بد رفتاری در دوران کودکی رابطه معناداری وجود دارد. طبق دیدگاه یانگ بد رفتاری در کودکی و عدم ارضای نیازهای جسمانی، عاطفی و هیجانی کودک، باعث شکل گیری ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه می‌شود که خود این طرحواره ها می‌توانند روی روابط بعدی که افراد در زندگی شکل می‌دهند از جمله ازدواج تاثیر مستقیم بگذارند(۱۷). همچنین در پژوهشی که توسط کار و فرانسیس[2](۳۴) تحت عنوان بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار در ارتباط بین بدرفتاری در کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی صورت گرفت. نتایج نشان داد که طرحواره‌های اطلاعات، محرومیت و بازداری هیجانی به طور کامل رابطه بین بدرفتاری در کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی را وساطت می‌کنند.

به اعتقاد یانگ و همکاران طرحواره‌ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی مثل دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی،کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و

۱- Childhood maltreatment
۲- Carr & Francis

هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری بوجود آمده اند. ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است و یک دسته از تجارب اولیه زندگی که طرحواره‌ها را به وجود می‌آورند، آسیب دیدن و قربانی شدن هستند. در چنین وضعیتی طرحواره‌هایی مثل بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم یا آسیب‌پذیری نسبت به ضرر در ذهن او شکل می گیرد. همچنین علاوه بر طرحواره‌های ذکر شده رهاشدگی/ بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی در افرادی که در دوران کودکی رها شده، مورد سوءاستفاده قرار گرفته، فراموش یا طرد شده‌اند، ایجاد می‌شود(۱۷). همانطور که نتایج این پژوهش نیز نشان داد، بد رفتاری جسمی، جنسی و عاطفی در کودکی با طرحواره های ناسازگار رابطه معناداری وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت که بدرفتاری در کودکی یکی از عوامل بسیار مهم و حیاتی در شکل‌گیری طرحوارهای ناسازگار می‌باشند. طرحواره های ناسازگار اولیه پس از شکل‌گیری خود زمینه‌ساز آسیب های گوناگونی می‌شوند. همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار و سوءمصرف موادمخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی درد ناشی از طرحوارهای ناساگار در افرادی که دارای این طرحواره‌ها هستند آنها را به سمت راهبردهای جبرانی برای کاهش این درد سوق می‌دهد که یکی از مهم‌ترین این راهبردهای غلط برای اجتناب از درد حاصل طرحواره های ناسازگار سوءمصرف مواد می‌باشد. در این خصوص نتایج این پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همسو می‌باشد (۳۵) و (۳۶). طرحواره‌های ناسازگار دارای مولفه های عاطفی، رفتاری و شناختی هستند. هنگامی که طرحواره های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد مخدر، تعارضات بین فردی و مانند آن می شود. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً به اختلال خاصی منجر نمی‌شوند، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهند (۱۷). بالابودن نمرات افراد وابسته به مواد در حوزه "بریدگی و طرد" که شامل طرحواره های ناسازگار رهاشدگی/ بی ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی است، نشان می‌دهد که این افراد باورهای ناسازگارانه‌ای در زمینه عدم دریافت حمایت و راهنمایی از سوی افراد مهم زندگی، عدم اعتماد به دیگران و بدبینی افراطی نسبت به اطرافیان، ترک شدن و عدم مطلوبیت خود و احساس بیگانگی از دیگران را تجربه می‌کنند. این یافته تداعی‌کننده دیدگاه‌های جدیدتر روان پویشی در مورد اعتیاد است که اعتیاد را بیانگر کمبودهای اساسی در شرد و عاطفه فردی می‌دانند(۳۷). داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزرانده یا به عنوان مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی مصرف می‌شوند و دارو به صورت انعکاس کمبودهای شیء یا موضوع نیز در نظر گرفته شده است؛ در این دیدگاه، دارو به عنوان یک مکمل بیرونی موقت برای حفظ کردن احساس بهزیستی عمل می‌کند(۳۷). در یک نتیجه‌گیری کلی می توان گفت که به نظر می‌رسد که بد رفتاری با کودکان باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در آنها می‌شود و شکل‌گیری این طرحواره‌ها نیز منجر به رفتارهای آسیب‌رسانی از جمله سوءمصرف موادمخدر می‌شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه مورد تحقیق به اندازه کافی گسترده نبود و امکان تحقیق در سطح گسترده برای پژوهشگر، با امکانات، وقت و هزینه محدود میسر نبود. به دلیل کوچک بودن نمونه مورد مطالعه تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد و در مورد جامعه‌های آماری غیر از جامعه آماری مورد مطالعه قابل‌تعمیم نیست. مقطعی بودن پژوهش از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌باشد. به علاوه این پژوهش از نوع همبستگی است که امکان برداشت نتایج علی-معلولی از این یافته‌ها ممکن نیست. از طرف دیگر این پژوهش نتوانسته همه متغیرهای روانشناختی موثر در سوءمصرف موادمخدر را در مدل جای دهد و ممکن است که مدل‌های بعدی بهتر از این مدل بتوانند عناصر روان شناختی موثر در سوءمصرف موادمخدر را شناسایی کنند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران از نمونه‌های گسترده‌تر و جامع‌تری در آینده استفاده نمایند و همچنین جهت بررسی اثرات بلندمدت بدرفتاری در کودکی در سوءمصرف موادمخدر از تحقیقات طولی و یا تحقیقات آزمایشی استفاده شود.

References

1-Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub; 2013.

2-Organization WH. World Drug Report. New York: United Nations Offices on Drugs and Crime (UNODC). 2012.

3-Njuho P, Davids A. Extent and influence of recreational drug use on men and women aged 15 years and older in South Africa. African Journal of Drug and Alcohol Studies. 2010;9 (1)l: 33-48.

4-Turbin MS, Jessor R, Costa FM, Dong Q, Zhang H, Wang C. Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? HEALTH PSYCHOLOGY-HILLSDALE THEN WASHINGTON DC -. 2006;25(4):445.

5-Haseltine FP. Gender differences in addiction and recovery. Journal of women's health & gender-based medicine. 2000;9(6):579-83.

6-Tucker JS, D'Amico EJ, Wenzel SL, Golinelli D, Elliott MN, Williamson S. A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. Drug and Alcohol Dependence. 2005;80(1):35-43.

7-Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. Psychological review. 2004;111(1):33.

8-Varzaneh AH, Fathi E, Esmaeily M. The mediating role of secure attachment style in the relationship between authoritative parenting style and personal commitment in marital relationship among married women. 1 Prediction of internet addiction based on the identity style, feeling of loneliness and fear of intimacy.238.

9-Scholte RH, Poelen EA, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RC. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. Addictive behaviors. 2008;33(1):1-14.

10-Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. Addictive behaviors. 2007;32 (6):1164-76.

11-Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatrics. 2006;118(3):933-42.

12-Oshri A, Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and mediating influences of childhood personality types on the development of adolescent psychopathology. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2013;42(3):287-301.

13-Shin SH, Miller DP, Teicher MH. Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. Drug and alcohol dependence. 2013;127(1):31-8.

14-English T, John OP. Understanding the social effects of emotion regulation: The mediating role of authenticity for individual differences in suppression. Emotion. 2013;13 (2):314.

15-Gratz KL, Paulson A, Jakupcak M, Tull MT. Exploring the relationship between childhood maltreatment and intimate partner abuse: Gender differences in the mediating role of emotion dysregulation. Violence and Victims. 2009;24(1):68-82.

16-Cicchetti D, Valentino K. An ecological□ transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. Developmental Psychopathology, Second Edition. 2006:129-201.

17-Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2003.

18-Williams JE, Best DL. Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study: Sage Publications, Inc; 1982.

19-Polimeni A-M, Moore SM, Gruenert S. MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. E-Journal of Applied Psychology. 2010;6(1)1-9.

20-Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. Journal of substance abuse treatment. 2013;44(5):522-7.

21-Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. Substance use & misuse. 2012;47(1):108-16.

22-Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. Journal of substance abuse treatment. 2012;42(3):271-8.

23-Oshri A, Tubman JG, Burnette ML. Child-

hood maltreatment histories, alcohol and other drug use symptoms, and sexual risk behavior in a treatment sample of adolescents. American Journal of Public Health. 2012;102(S2):S250-S7.
24-Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. Cognitive therapy and research. 1995;19 (3):295-321.
25-Jalali MR, Zargar M, Salavati M, Kakavand AR. Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers. Iranian journal of psychiatry. 2011;6(2):54.
26-Ahi G MM, Besharat M. Reliability and validity of the short form of the Young Schema Questionnaire. J Psychol Educ Sci. 2007;3(3):5 -20.
27-Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. The American journal of psychiatry. 1994;151(8):1132.
28-Shanni Yeilagh M MN, Shokrkon H. Prevalence of child abuse and prediction of this variable through general health of parents, adaptability, self-esteem and student's academic performance and demographic variables in harried and normal girl students in guidance school of Ahvaz. J Educ Sci Psychol. 2007;14 (1):94-167.
29-Mohammadkhani S. Prevalence of cigarette smoking, alcohol drinking and illegal drugs use among Iranian adolescents. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2012;19(1):32 -48.
30-Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. Child abuse & neglect. 2014;38(4):735-46.
31-Rijkeboer MM, de Boo GM. Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2010;41(2):102-9.
32-Rostami M, Abdi M, Heidari H. Correlation of childhood maltreatment, self-compassion and mental health in married people. Journal of fundamentals of mental health. 2014;16 (62):130-41.
33-Hagikazem Tehrani M EM, Fathi Ashtiani A. Relation Between Parenting Styles with Early Maladaptive Schemas and religious orientation Ravanshenasi-va-Din. 2014:93-108.
34-Carr SN, Francis AJ. Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. Cognitive therapy and research. 2010;34(4):343-58.
35-Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. Cognitive therapy and research. 2010;34 (3):207-15.
36-Shaghaghy F, Saffarinia M, Iranpoor M, Soltanynejad A. The relationship of early maladaptive schemas, attributional styles and learned helplessness among addicted and non-addicted men. Addiction & health. 2011;3(1-2):45.
37-Purmohammad V, Yaghoubi H, Yousefi R, Mohammadzadeh A, Najafi M. The Comparison of Maladaptive Schema and Lifestyles in Drug Dependence and Non-Drug Dependence People. research on addiction. 2013;7(27):107-24.

Association between Maltreatment in Childhood and substance abuse in Adulthood: The mediating Role of Early Maladaptive Schemas

Behboodi M (Ph.D)*, Ahmadi Tahour Soltani M (Ph.D)

Abstract

Introduction: maltreatment with children (verbal, emotional, and physical) has many negative consequences in adulthood, including substance abuse. The aim of present study was investigation the mandating role of early maladaptive schema in relation between childhood maltreatment with substance abuse in adulthood.

Methods: In this descriptive-correlational study, 106 people (12 women and 94 men) were selected among people referring to the Association of Anonymous Addicts and addiction centers in Hamedan using available sampling method.The subjects responded to the risk and protective factors questionnaire, the Young Schema Questionnaire (SF-YSQ) and the Child Abuse and Trauma Scale (CATS). Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods such as correlation coefficient and structural equation modeling using SPSS and LISREL software

Results: The results showed that the indirect effect of childhood maltreatment (due to early maladaptive schemes) on substance abuse in adulthood was significant at 95% level. The effect of childhood maltreatment on maladaptive schemas and the effect of current variable on substance abuse in adulthood was significant at 95% level, however, the direct effect of childhood maltreatment was not significant on substance abuse

Conclusion: It seems that childhood maltreatment leads to the formation of maladaptive schemas and the formation of these schemas also leads to harmful behaviors such as substance abuse.

Keywords: Early Maladaptive Schema, Childhood Maltreatment, Substance Abuse

---

*Corresponding author: Department of Counseling, Islamic Azad University, Roudhen Branch, Tehran, Iran. Email: mabehboodi@gmail.com