

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۸ تابستان ۱۳۹۴

ارتباط طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه یانگ با نیمرخ علامت شناختی SCL-90-R

عباس بخشی‌پور^۱

عصمت میکائیلی^۲

محبوب بخشی بارزلی^۳

چکیده

هدف این پژوهش مطالعه رابطه میان طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه یانگ با نیمرخ علامت شناختی SCL-90-R بود. برای این منظور ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه طرحواره‌های غیرانطباقی YSQ-LS و پرسشنامه فهرست واریعی علائم ۹۰ تجدیدنظر شده SCL-90-R پاسخ دادند. یافته‌های پژوهش از طریق رگرسیون گام‌به‌گام و همچنین آزمون T گروه‌های مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند و یافته‌ها نشان داد طرحواره‌های غیرانطباقی در پیش‌بینی شاخص‌های SCL-90-R سهم معنادار دارند ($P < 0/01$). طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، اطاعت، رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی بر روی هم ۵۳ درصد از واریانس سلامت روانی کلی را به‌طور معنادار پیش‌بینی می‌کند. در بین طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری با نشانه‌های اندیشه‌پردازی پارانوئیدی رابطه معنادار وجود دارد، بنابراین می‌توان گفت طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه سهم معناداری در پیش‌بینی اختلالات روانی دارند.

واژگان کلیدی: طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه؛ نیمرخ علامت شناختی SCL-90-R

Email: abbas_bakhshipour@yahoo.com

۱- استاد دانشگاه تبریز (روانشناس بالینی)

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران

مقدمه

عوامل مختلفی در سلامتی افراد تأثیرگذار هستند این عوامل می‌تواند اجتماعی-ژنتیکی، محیطی و ... باشد ولی تأثیری که خود فرد و نگرش‌ها و طرز تفکر وی بر سلامتی او می‌تواند داشته باشد اهمیت بیشتری دارد فرض بنیادین شناخت درمانی این است که شناخت‌ها بر هیجان‌ها و رفتارها تأثیر می‌گذارند به‌علاوه اعتقاد بر این است که بیش از خود رویدادها افراد به بازنمایی شناختی از رویدادها پاسخ می‌دهند این موارد فرض‌های مهمی هستند که تغییر شناختی را به مثابه پیش نیاز بهبودی تعیین می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری بر اثرات باورها یا نگرش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد^۱ تأکید می‌کند. پیش‌فرض مورد استفاده آن است که واکنش فرد به یک رویداد متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می‌دهند اعتقاد بر این است فرایندهای شناختی به نوبه خود تحت تأثیر باورهای بنیادینی قرار می‌گیرند که افراد درباره خود جهان و آینده دارند (کایدانو و لیوتی^۲، ۱۹۸۳؛ هامن و گردمن^۳، ۱۹۹۰؛ اینگرام^۴، ۱۹۸۸). این باورها یا طرحواره‌های ضمنی فعالانه در طول رشد ایجاد می‌شوند و عدسی‌ها یا الگوهایی در نظر گرفته می‌شوند که ادراک، پردازش، یادآوری، تفسیر و تحلیل اطلاعات وارده را هدایت می‌کنند (ماهونی^۵، ۱۹۹۱).

بک و ایس هر دو معتقدند بیشتر اختلالات برآمده از شناخت‌های معیوب یا پردازش شناختی معیوب^۶ هستند. شیوه شناخت درمانی بک بر این منطق استوار است که عاطفه و رفتار فرد به‌طور گسترده با ساختارهای ذهنی پیرامون جهان تعیین می‌شود (بک و دیگران ۱۹۷۹) و فنون درمانی به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند تا مفهوم‌سازی مخدوش و باورهای ناکارآمد^۷ (طرحواره‌ها^۸) را که زیرساز این دریافته‌های شناختی هستند شناسایی (واقعیت‌آزمایی) و اصلاح کنند (بک و دیگران، کلارک و فر برن ۱۹۹۷، ترجمه کاویانی، ۱۳۸۵).

1- maladaptive or dysfunctional beliefs & attitudes 2- Guidano&Litto

3- Hammen&Goodman-brown

4- ingram

5- Mahoney

6- distorted conceptualizations

7- dysfunctional

8- schema

البرت الیس (۱۹۶۲، ۱۹۵۸) معتقد است اختلال‌های هیجانی و روانشناختی به‌طور عمده پیامد تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی فرد است و این‌که او قادر است بیشتر این ناخوشحالی‌ها و اختلال‌های روانی رهایی یابد. شناخت درمانی بک برای افسردگی بر پایه این فرض قرار داشت که افراد مبتلا درگیر پردازش اطلاعات و فرایند استدلال معیوب هستند و تن به طرحواره‌هایی داده اند که خود فروکاهنده^۱ است.

در مدل شناختی بک (بک ۱۹۷۶، ۱۹۶۷) نظر بر این است که تجربه در افراد به تشکیل فرض‌ها^۲ و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض‌ها یا طرحواره‌ها، خود در سازمان‌بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند و توانایی پیش‌بینی فردی و معنی بخشیدن به آنها امری سودمند و در واقع ضروری برای کارکرد بهنجار است اما برخی از فرض‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد و ناباور هستند. رویکرد شناختی- رفتاری در تدوین درمان‌های اثر بخش برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلفی، اضطرابی، جنسی، خوردن، جسمانی‌سازی و سوء‌مصرف مواد پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشتند اما کسانی که به اختلالات شخصیت و یا مشکلات منش شناختی زیربنایی مبتلا هستند از زمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک نتیجه کامل نمی‌گیرند.

یانگ^۳ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) طرحواره زمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمی که به قدر کافی از رفتار درمانی- شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند تدوین کرد یانگ با یکپارچه‌سازی تکنیک‌های مختلف در قالب یک نظریه منجسم طرحواره درمانی را یک رویکرد نظام‌مند است به‌وجود آورد و با این کار باعث گسترش مرزهای رفتار درمانی شناختی شد. طرحواره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی تأکید دارد. طرحواره درمانی برای درمان جنبه‌های مزمی منش شناختی اختلالات روانی طراحی شده است نه برای کاهش علائم حاد آن اختلالات (مثل

1- self-defeating
3- Young

2- assumptions

افسردگی عمده یا حملات افسردگی عودکننده). مفید بودن طرحواره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب مزمن و اختلالات خوردن، مشکلات زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی تایید شده است.

یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها به‌ویژه آنهایی که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند. یانگ برای بررسی این ایده، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آنها طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ خصوصیات زیر را دارند:

الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیر هستند، از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به‌شدت ناکارآمدند.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقاء خودشان می‌جنگند این امر نتیجه تمایل بیشتر به هماهنگی شناختی است. در مدل یانگ آنها را حوزه‌های طرحواره^۲ می‌نامند. مدل طرحواره درمانی یانگ برای مشکلات منش‌شناختی مزمن طراحی شده است. ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تجارب دوران کودکی نهفته است. طرحواره‌هایی که زودتر به‌وجود می‌آیند و معمولاً قوی‌ترین هستند از خانواده‌های هسته‌ای^۳ نشأت می‌گیرند. تا حد زیادی پویایی خانواده، بازتاب دقیق پویایی خانواده، بازتاب دقیق پویایی‌های جهان ذهنی کودک هستند وقتی بیماران در موقعیت‌هایی از زندگی بزرگسالی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌شان فعال می‌شوند معمولاً خاطره‌های هیجان‌انگیز از دوران کودکی خود را تجربه می‌کنند، همزمان با تحول کودک سایر عوامل تأثیرگذار مانند همسالان، مدرسه،

1- Early maladaptive schema
3- Unclear family

2- schema domains

انجمن‌های گروهی و فرهنگ به‌طور روزافزونی اهمیت می‌یابند و در شکل‌گیری طرحواره‌ها نقش بازی می‌کنند با این حال طرحواره‌هایی که بعداً در سیر تحول شکل می‌گیرند زیاد عمیق نیستند.

یانگ (۱۳۸۴)، یانگ و همکاران (۲۰۰۳) طرحواره ناسازگار اولیه را که در پنج گروه سازمان یافته‌اند مطرح نمود:

گروه اول (بریدگی/طررد)^۱ شامل زیرمجموعه‌های محرومیت هیجانی^۲ ED، رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۳ AB بی‌اعتمادی/ بدرفتاری^۴ MA، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^۵ SI، نقص/شرم^۶ DS، گروه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)^۷، شامل شکست^۸، وابستگی/بی‌کفایتی^۹ DI، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری^{۱۰} VH، خودتحول نیافته/ گرفتار^{۱۱} EM گروه سوم (محدودیت‌های مختل)^{۱۲} شامل استحقاق/ بزرگ‌منشی^{۱۳} ET و خویش‌ن‌داری/ خودانضباطی ناکافی^{۱۴} IS، گروه چهارم (دیگر جهت مندی)^{۱۵} شامل پذیرش‌جویی/ جلب توجه^{۱۶}، اطاعت^{۱۷} SB و از خودگذشتگی^{۱۸} SS، گروه پنجم (گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) شامل بازداری هیجانی^{۲۰} EI معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی^{۲۱} us، منفی‌گوایی/ بدبینی^{۲۲} و تنبیه^{۲۳} است.

در این مطالعات از نمونه‌های بالینی و غیربالینی استفاده شده است. لی و همکارانش ۱۹۹۹ معتقدند که تفاوت‌های جزئی در ساختار عاملی این پژوهش‌ها به دلیل استفاده از نمونه‌های بالینی و غیربالینی است. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که احتمالاً نمونه‌های

1- Disconnection & Rejection	2- deprivation
3- abandonment/ instability	4- mistrust/ abuse
5- social isolation/ alienation	6- defectiveness/shame
7- impaired autonomy and performance	8- failure
9- dependence/incompetence	10- vulnerability to harm and illness
11- Enmeshment/ undeveloped self	12- impaired limits
13- insufficient self control/ self discipline	14- insufficient self control/ self discipline
15- other-directedness	16- Approud- seeking/ Recognition seeking
17- subjugation	18- self sacrifice
19- over vigilance / inhibition	20- Emotional inhibition
21- unrelenting standards hypercriticalness	22- Negativity/ pessimism
23- punitiveness	

بالینی دانشجویی طیف وسیعی از افراد را در برمی‌گیرند لذا احتمال این که بسیاری از آنها مبتلا به آسیب‌های شدید روانی باشند خیلی کم است. این پژوهشگران اذعان می‌کنند تکرار ساختار عاملی باید به این فرض صورت گیرد که طرحواره‌ها در جمعیت بالینی شکل اغراق‌آمیز و افراطی به خود می‌گیرند. فریمن ۱۹۹۹^۱ با استفاده از مدل طرحواره یانگ به بررسی مدل پردازش شناختی غیرمنطقی پرداخت. وی با استفاده از آزمودنی‌های بهنجار به این نتیجه رسید که داشتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی‌کننده ناسازگاری بین فردی است. این یافته تأیید است بر دیدگاه یانگ که طرحواره‌های ناسازگار اولیه را ذاتاً ناکارآمد و منفی می‌داند. بیشتر پژوهش‌ها ارتباط طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه را با اختلالات شخصیت بررسی کرده‌اند (برای نمونه کارین^۲ ۱۹۹۷، هایلر و همکاران ۱۹۸۷، اسمیت و همکاران ۱۹۹۵) در این مطالعات مشخص شده است که طرحواره‌های خویش‌تنداری/خودانضباطی ناکافی و نقص/شرم، بیشترین رابطه را با نشانه‌های اختلال شخصیت دارند مشخص شده است که هر یک از طرحواره‌ها رابطه معنی‌داری با اختلالات شخصیت مربوطه دارند. برای مثال طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری با اختلال شخصیت پارانوئید، طرحواره وابستگی با اختلال شخصیت وابسته طرحواره خویش‌تنداری/خودانضباطی ناکافی با اختلال شخصیت مرزی و طرحواره معیارهای سرسختانه، عیب‌جویی افراطی با اختلال شخصیت وسواسی جبری رابطه بالایی دارند (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵).

مطالعات کمی درباره رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات محور I انجام شده است. در پژوهشی کارین ۱۹۹۷ این سوال را مطرح کرد که آیا وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند بیماران مبتلا به اختلالات روانی محور I را از بیماران مبتلا به سایر انواع اختلالات روانی متمایز کند.

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که تشخیص ابتدای فرد به اختلالات محور II در ۸۳٪ موارد با پرسشنامه طرحواره یانگ قابل پیش‌بینی است. همان‌گونه که یانگ مطرح

1- Freeman

2- Corine

کرده است طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد طبیعی نیز وجود دارند و به نظر می‌رسد که هر طرحواره با یک یا چند اختلال از اختلالات محور I رابطه دارند. برای مثال می‌توان بیان کرد که طرحواره بی‌اعتمادی / بدرفتاری در کسانی بیشتر مشاهده می‌شود که نسبت به دیگران بی‌اعتمادند و به همه شک می‌کنند. کسانی که در محور I تشخیص اسکیزوفرنی پارانوئید می‌گیرند و بیشتر افکارشان حول این موضوع دور می‌زند که دیگران بی‌اعتمادند و می‌خواهند به انسان ضربه بزنند این طرحواره‌ها در آنها بیشتر فعال است یا طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری با اختلالات جسمانی‌سازی می‌تواند مرتبط باشد. افرادی که این طرحواره‌ها در آنها فعال است ترس افراطی از این دارند که فاجعه نزدیک است و هر لحظه امکان آن وجود دارد اینها ترس افراطی از حوادث پزشکی مانند حمله‌های قلبی و ابتلا به ایدز... دارند. همانگونه که عنوان شد مطالعات کمی در این مورد انجام شده و هدف پژوهش حاضر از بررسی ارتباط طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه با نیمرخ علامت‌شناختی SCL-90-R و سلامت روانی این می‌باشد که آیا با اطلاع داشتن از طرحواره‌های فعال در هر فرد می‌توان سلامت روانی فرد را در مقیاس‌های مختلف علامت‌شناختی مثل افسردگی، وسواس، اختلالات اضطرابی و... پیش‌بینی کرد؟ به عبارت دیگر هدف اصلی پژوهش حاضر این می‌باشد که آیا با در دست داشتن طرحواره‌های فعال در هر فرد می‌توان میزان سلامت و بیماری روانی را با استفاده از مقیاس‌های پرسش‌نامه SCL-90-R (پرسشنامه فهرست واریسی علایم ۹۰ تجدیدنظر شده) پیش‌بینی کرد؟ سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در پیش‌بینی خوشه علائم پرسشنامه SCL-90-R سهم معنادار دارند؟ به عبارت دیگر طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چه مقدار از واریانس خوشه علائم SCL-90-R را پیش‌بینی می‌کنند؟

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تبریز می‌باشند که از بین آنها ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) از دانشجویان رشته‌های روانشناسی علوم تربیتی گرایش تکنولوژی آموزشی، علوم تربیتی گرایش پیش دبستانی، کتابداری و تربیت بدنی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه طرحواره‌های غیرانطباقی یانگ فرم کوتاه YSQ و پرسشنامه فهرست واریسی علائم ۹۰ تجدید نظر شده SCL-90-R پاسخ دادند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه YSQ-LS یانگ و براون (۱۹۹۰-۲۰۰۱): این پرسشنامه ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست در این پرسشنامه آزمودنی بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد که از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات پرسشنامه‌ها به وسیله طرحواره‌ها دسته‌بندی می‌شوند. این پرسشنامه هم به صورت فرم کوتاه و هم به صورت فرم بلند وجود دارد. فرم بلند آن ۲۰۵ سوال و ۱۶ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد، فرم کوتاه YSQ که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته ۷۵ جمله دارد و از ۵ سوالی که در فرم بلند بیشترین بار تحلیل عاملی را داشته‌اند تشکیل شده است (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵) و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد و دو حرفی که پس از چند جمله می‌آید به محقق نشان می‌دهد که این سوالات مربوط به کدام طرحواره‌اند با این وجود اسمی از طرحواره‌ها در پرسش‌نامه ذکر نشده است.

اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره یانگ توسط اسمیت^۱، جونیر^۲، و یانگ و تلچ^۳ (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که برای

1- schmidt
3- telch

2- joiner

هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب القایی از ۸۳٪ (برای طرحواره خودتحویل‌نیافته/ گرفتار) تا ۹۶٪ (برای طرحواره نقص/ شرم) به‌دست آمده و ضریب آزمون-بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۵۰٪ تا ۸۲٪ بود. خرده‌مقیاس‌های اولیه پایایی آزمون-بازآزمون و ثبات درونی^۱ بالایی نشان دارند.

پرسشنامه فهرست وارلی علائم ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL-90-R)، دروگاتیس (۱۹۹۴)^۲: چک‌لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدیدنظر شده SCL-90-R دروگاتیس ۱۹۹۴ برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. SCL-90-R اقتباسی از چک‌لیست نشانه‌های بیماری هاپکنیز^۳ (دروگاتیس، لیپمن^۴، رایکلز^۵، آلنهایت^۶، کووی ۱۹۷۴) است که آن هم به‌نوبه خود از پرسش‌نامه اطلاعات شخصی وودورث (وودورث ۱۹۱۸) برگرفته شده است.

SCL-90-R متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت آنها را در دامنه‌ای از هیچ = ۰ تا شدت = ۴ درجه‌بندی می‌کند. نشانه‌ها در ۹ بعد متفاوت جسمانی کردن، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبی، اندیشه‌پردازی پارانوئیدی و روان‌پریشی‌گرایی و هم چنین سه شاخص شدت کلی، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت و مجموع نشانه‌های مثبت نمره‌گذاری می‌شوند.

برای بررسی روایی SCL-90-R بیش از ۱۰۰۰ مطالعه صورت گرفته است. SCL-90-R از اعتبار مطلوبی برخوردار است. گزارش‌ها حاکی از این است که ضرایب جسمانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه حداقل ۷۹٪ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی تا بالای ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای داوطلبان دارای نشانه‌های بالینی، تا اندازه‌ای کمتر است و در دامنه حداقل ۷۷٪

1- Internal consistency
3- hopkins symptom checklist
5- Rickels

2- derogates
4- lipman
6- Alenhat

برای روان‌پرسی‌گرایی تا ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد (دروگاتیس و ساویتز، ۱۹۹۹).

SCL-90-R می‌تواند به‌طور اثربخش سطح کلی درماندگی جاری شخص را تشخیص دهد (دروگاتیس، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴).

در بررسی روایی SCL-90-R معلوم شده است که مقیاس‌های هر دو آزمون MMPI-2 و پرسشنامه بهداشت عمومی GHQ با ابعاد پیش‌بینی شده در SCL-90-R رابطه همگرا و با سایر مقیاس‌های پیش‌بینی شده رابطه واگرا دارند (دروگاتیس، ۱۹۹۴، اشمیتز^۱، کروز^۲، هکرات^۳، آلبرتی^۴، و تریز^۵، ۱۹۹۵). مشخص شده است که بعد افسردگی SCL-90-R با سیاهه افسردگی بک همبستگی بالایی، ۸۰ درصد دارد (پیولر^۶ و فیربورن^۷، ۱۹۹۰) و در تشخیص افسردگی نیز به همان اندازه کارایی دارد (چاکت^۸، ۱۹۹۰)، همچنین بر اساس SCL-90-R برای گروه‌های مختلف تشخیصی از جمله افسردگی، اضطراب، وحشت‌زدگی، کژکاری جنسی و سوء مصرف مواد، نیمرخ‌های قابل انتظار به‌دست آمده است (دروگاتیس، ۱۹۹۴؛ دروگاتیس و ساویتز، ۱۹۹۹).

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه و شاخص‌های SCL-90-R را نشان می‌دهد).

1- Schmitz
3- Heckrath
5- Trees
7- Fairburn

2- Kruse
4- Alberti
6- Peveler
8- Choquette

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه و مقیاس‌های SCL-90-R

انحراف استاندارد	میانگین	متغیر
۶۰/۷۸	۰/۷۷۳۵	شاخص شدت کلی
۲۰/۵۵۶۷	۳۸/۲۲۰۰	مجموع نشانه‌های مثبت
۰/۵۱۳۷	۱/۶۸۳۸	شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت
۰/۷۶۱۳	۰/۹۰۱۸	افسردگی
۰/۷۱۱۸	۰/۷۴۴۴	جسمانی سازی
۰/۷۱۱۵	۰/۸۷۴۸	وسواس فکری - عملی
۰/۷۷۹۳	۰/۷۳۴۳	اضطراب
۰/۸۳۱۵	۰/۶۸۸۰	روان‌پریشی‌گرایی
۰/۷۳۵۴	۰/۷۷۹۵	حساسیت بین فردی
۰/۵۳۸۴	۰/۳۲۳۸	اضطراب فوبی
۰/۷۰۴۲	۰/۷۲۰۷	خصومت
۰/۹۹۱۵	۱/۱۳۷۷	اندیشه پردازی پارانوئیدی
۰/۶۸۴۸	۰/۷۵۷۵	بقیه نشانه‌ها
۰/۳۱۴۴	۹/۹۵۰۰	محرومیت هیجانی
۰/۹۲۷۷	۱۲/۷۱۰۰	رهاشدگی / بی‌ثباتی
۰/۸۲۲۹	۱۰/۹۵۰۰	بی‌اعتمادی / بدرفتاری
۴/۱۳۴۹	۱۰/۹۵۰۰	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۳/۲۳۵۹	۷/۴۴۰۰	نقص / شرم
۳/۴۴۹۰	۷/۹۴۰۰	شکست
۵/۵۸۷۳	۷/۸۰۰۰	وابستگی / بی‌کفایتی
۳/۸۲۵۵	۷/۵۴۰۰	اسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۵/۳۸۶۸	۱۰/۵۵۰۰	خودتحويل نیافته / گرفتار
۴/۷۸۳۵	۹/۶۳۰۰	اطاعت
۴/۶۶۸۱	۱۵/۳۷۰۰	ایثار
۵/۷۶۱۶	۱۱/۶۶۰۰	بازداری هیجانی
۵/۰۵۱۴	۱۸/۷۲۰۰	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی
۵/۰۹۹۲	۱۵/۷۲۰۰	استحقاق / بزرگ‌منشی
۴/۹۱۳۴	۱۳/۹۸۰۰	خویش‌داری / خودانضباطی ناکافی

به‌منظور بررسی این فرضیه که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در پیش‌بینی شاخص سلامت روانی کلی سهم معنادار دارند از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد جدول ۲. در این تحلیل شاخص شدت کلی (GSI) به‌عنوان متغیر کلی به‌عنوان متغیر ملاک و طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شد.

جدول (۲) تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی به طرف متغیر ملاک و ضرایب همبستگی

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری رگرسیون	۱۳/۲۲	۱	۱۳/۲۲	۵۵/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۴۸۸۰۲	
در برابر ضرر و بیماری	۲۳/۳۴	۹۸	۰/۲۳						
باقیمانده کل	۳۶/۵۶	۹۹							
اطاعت رگرسیون	۱۷/۰۹	۲	۸/۵۴	۴۲/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۴۸۰۶	
باقیمانده کل	۱۹/۴۷	۹۷	۰/۲۰						
کل	۳۶/۵۶	۹۹							
رهاشدگی / بی‌ثباتی	۱۸/۴۶	۳	۶/۱۵	۳۲/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۴۳۴۳۱	
باقیمانده کل	۱۸/۱۰	۹۶	۰/۱۸						
کل	۳۶/۵۶	۹۹							
محرومیت هیجانی	۱۹/۵۳	۴	۴/۸۸	۲۲/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۰/۵۳	۰/۴۲۳۴۲	
باقیمانده کل	۱۷/۰۳	۹۵	۰/۱۷						
کل	۳۶/۵۶	۹۹							

همانطور که از جدول ۲ استنباط می‌شود در پیش‌بینی تغییرات سلامت روانشناختی، متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، اطاعت، رهاشدگی / بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی به‌ترتیب اولویت سهم معنادار دارند. به‌نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۵۳ درصد از تغییرات متغیر ملاک (سلامت روانی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند ($p < 0/05$) قابل ذکر است که در سلسله‌مراتب پیش‌بینی تغییرات سلامت روانی، متغیر

آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری حایز سهم ۳۶ درصدی، اطاعت‌داری سهم ۱۰ درصدی و رهاشدگی حایز سهم ۴ درصدی و محرومیت هیجانی دارای سهم ۳ درصدی است. در مورد این که آیا طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه می‌تواند به‌عنوان یک مولفه پیش‌بینی کننده شاخص افسردگی باشد از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده کردیم که برآیند این تحلیل در جدول ۳ درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری	رگرسیون	۱۷/۹۷	۱	۱۷/۹۷	۴۴/۶۹	...	۰/۵۶۰	۰/۳۰۶	۰/۶۳۴۱۴
	باقیمانده	۳۹/۴۰	۹۸	۰/۴۰۲					
	کل	۵۷/۳۸	۹۹						
محرومیت هیجانی	رگرسیون	۲۳/۳۲	۲	۱۱/۶۶	۳۳/۲۰	/۰۰۰	۰/۶۳۸	۰/۴۰۶	۰/۵۹۲۵۷
	باقیمانده	۳۴/۰۶۱	۹۷	۰/۳۵					
	کل	۵۷/۳۸	۹۹						
استحقاق / بزرگ‌منشی	رگرسیون	۲۶/۱۰	۳	۸/۷۰۲	۱/۷۰۹	/۰۰۰	۰/۶۷۴	۰/۴۵۵	۰/۵۷۰۷۸
	باقیمانده	۳۱/۲۷	۹۶	۰/۳۲۹	۲۶				
	کل	۵۷/۳۸	۹۹						
رهاشدگی / بی‌ثباتی	رگرسیون	۲۸/۰۳	۴	۷/۰۰۱	۲۲/۶۳	/۰۰۰	۰/۶۹۹	۰/۴۸۸	۰/۵۵۶۰۹
	باقیمانده	۲۹/۳۷	۹۵	۰/۳۰۹					
	کل	۵۷/۳۸	۹۹						

طبق مندرجات جدول (۳) چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص افسردگی متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، محرومیت هیجانی، استحقاق / بزرگ‌منشی و رهاشدگی / بی‌ثباتی به‌ترتیب اولویت سهم معنادار دارند به‌نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۴۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک (افسردگی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۱$).

در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص جسمانی سازی را پیش‌بینی می‌کنند نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول ۴ درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب پذیری	رگرسیون	۱۳/۵۵	۱	۴۳/۳۵	۳۶/۴۴	...	۰/۲۷۲	۰/۵۲۳	۰/۶۰۹۹۶
	باقیمانده	۳۶/۰۸	۹۷	۰/۳۷۲					
	کل	۴۹/۶۴	۹۸						
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	رگرسیون	۱۵/۳۰۹	۲	۷/۶۵	۲۱/۴۰	/۰۰۰	۰/۳۰۸	۰/۵۵۵	۰/۵۹۸۰۹
	باقیمانده	۳۴/۳۳	۹۶	۰/۳۵۹					
	کل	۴۹/۶۴	۹۸						

مطابق مندرجات جدول (۴) چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص جسمانی سازی، متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و رهاشدگی/ بی‌ثباتی به ترتیب اولویت سهم معناداری دارند به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۳۰ درصد از تغییرات متغیر ملاک (جسمانی‌سازی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند ($p < 0.05$).

در مورد این‌که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص وسواس فکری- عملی پیش‌بینی می‌کنند نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول (۵) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری	رگرسیون	۱۴/۴۹	۱	۱۴/۴۹	۳۹/۸۷	...	۰/۲۸۹	۰/۵۳۸	۰/۶۰۲۹۱
	باقیمانده	۳۵/۶۹	۹۸	۰/۳۶۴					
	کل	۵۰/۱۱	۹۹						
محرومیت هیجانی	رگرسیون	۱۹/۵۹	۲	۹/۷۹	۳۱/۱۳	/۰۰۰	۰/۳۹۱	۰/۶۲۵	۰/۵۶۰۹۸
	باقیمانده	۳۰/۵۲	۹۷	۰/۳۱۵					
	کل	۵۰/۱۱	۹۹						
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	رگرسیون	۲۱/۹۵	۳	۷/۳۱	۲۴/۹۳	/۰۰۰	۰/۴۳۸	۰/۶۶۲	۰/۵۴۱۶۷
	باقیمانده	۲۸/۱۶	۹۶	۰/۲۹۳					
	کل	۵۰/۱۱	۹۹						
بیاعتمادی/ بدرفتاری	رگرسیون	۲۳/۳۴	۴	۵/۸۳	۲۰/۷۰۹	/۰۰۰	۰/۴۶۶	۰/۶۸۲	۰/۵۳۰۸۷
	باقیمانده	۲۵/۷۷	۹۵	۰/۲۸۳					
	کل	۵۰/۱۱	۹۹						

همانطور که از جدول (۵) استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص وسواس فکری-عملی، متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری به‌ترتیب اولویت سهم معناداری دارند به‌نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۴۶ درصد از تغییرات متغیر ملاک (وسواس فکری-عملی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند. ($p < 0.05$).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند در جدول (۶) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری	رگرسیون	۲۶/۲۷	۱	۲۴/۲۷	۶۶/۸۲	۰۰۰	۰/۴۰۸	۰/۶۳۹	۰/۶۰۲۷۸
	باقیمانده	۳۵/۲۴	۹۷	۰/۳۶۳					
	کل	۵۹/۵۲	۹۸						
رهاشدگی/بی‌ثباتی	رگرسیون	۲۹/۴۲	۲	۱۴/۷۱۳	۴۶/۹۲	/۰۰۰	۰/۴۸۲	۰/۷۰۳	۰/۵۵۹۹۳
	باقیمانده	۳۰/۰۹۸	۹۶	۰/۳۱					
	کل	۵۹/۵۲	۹۸						
محرومیت هیجانی	رگرسیون	۳۱/۱۱	۳	۱۰/۳۷	۳۴/۶۹	/۰۰۰	۰/۵۰۸	۰/۷۲۳	۰/۵۴۶۸۰
	باقیمانده	۲۸/۴۰۴	۹۵	۰/۲۹۹					
	کل	۵۹/۵۲	۹۸						
وابستگی/بی‌کفایتی	رگرسیون	۳۲/۸۰	۴	۸/۲۰	۲۸/۸۵	/۰۰۰	۰/۵۳۲	۰/۷۴۲	۰/۵۳۳۱۳
	باقیمانده	۲۶/۷۱	۹۴	۰/۲۸۴					
	کل	۵۹/۵۲	۹۸						

مطابق مندرجات جدول فوق چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص اضطراب متغیرهای آسیب‌پذیری، رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و وابستگی/بی‌کفایتی به‌ترتیب اولویت سهم معنادار دارد به‌نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۵۵ درصد از تغییرات متغیر ملاک (اضطراب) را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند. ($p < 0.05$).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص روان‌پریشی‌گرایی را پیش‌بینی می‌کنند در جدول (۷) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
بی‌اعتمادی / بدرفتار	رگرسیون	۱۷/۸۶	۱	۱۷/۸۵	۳۴/۶۲	...	۰/۵۱۱	۰/۲۶۱	۰/۷۱۹۴۰
	باقیمانده	۵۰/۵۷	۹۸	۰/۵۱۶					
	کل	۶۸/۴۴	۹۹						
رهاشدگی / بی‌ثباتی	رگرسیون	۲۰/۹۶	۲	۱۰/۴۸	۲۱/۴۰۷	/۰۰۰	۰/۵۵۳	۰/۳۰۶	۰/۶۹۹۶۷
	باقیمانده	۴۷/۴۸	۹۷	۰/۴۹۰					
	کل	۶۸/۸۴	۹۹						

مطابق مندرجات جدول فوق چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص روان‌پریشی‌گرایی متغیرهای بی‌اعتمادی / بدرفتاری و رهاشدگی / بی‌ثباتی، به ترتیب اولویت سهم معنادار دارد به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۳۰ درصد از تغییرات متغیر ملاک (روان‌پریشی‌گرایی) را به طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۵$).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص حساسیت بین فردی را پیش‌بینی می‌کنند در جدول (۸) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	f	Sig	R	R	SE
رهاشدگی / بی‌ثباتی	رگرسیون	۱۷/۸۷	۱	۱۷/۸۹	۴۹/۹۳۸	...	۰/۵۷۸	۰/۲۳۴	۰/۶۰۳۲۰
	باقیمانده	۳۵/۳۶	۹۸	۰/۳۶۴					
	کل	۵۳/۵۳	۹۹						
محرومیت هیجانی	رگرسیون	۲۴/۸۱	۲	۱۲/۴۰۸	۴۱/۹۰۶	/۰۰۰	۰/۶۸۱	۰/۴۶۴	۰/۵۴۴۱۴
	باقیمانده	۲۸/۷۲	۹۷	۰/۲۹۶					
	کل	۵۳/۵۳	۹۹						
آسیب‌پذیری	رگرسیون	۲۷/۱۰	۳	۹/۰۳۴	۳۲/۸۱۱	/۰۰۰	۰/۷۱۲	۰/۵۰۶	۰/۵۲۴۲۳
	باقیمانده	۲۶/۴۳	۹۶	۰/۲۷۵					
	کل	۵۳/۵۳	۹۹						

مطابق مندرجات جدول فوق چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص حساسیت بین فردی متغیرهای رهاشدگی / بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، آسیب‌پذیری به ترتیب اولویت سهم معنادار دارد به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۵۰ درصد از تغییرات ملاک (حساسیت بین فردی) را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($p < 0/05$).

در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص اضطراب فوبی پیش‌بینی می‌کنند نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول (۹) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری	رگرسیون	۸۱/۸۳	۱	۸۱/۸۳	۳۹/۰۸۹	۰۰۰	۰/۲۸۵	۰/۵۳۴	۰/۴۵۷۵۷
	باقیمانده	۲۰/۵۱	۹۸	۰/۲۰۹					
	کل	۳۵/۲۵	۹۹						
بی‌اعتمادی / بد رفتاری	رگرسیون	۱۰/۰۲۴	۲	۵/۰۱	۲۶/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۶	۰/۵۹۱	۰/۴۳۸۷۸
	باقیمانده	۱۸/۶۷	۹۷	۰/۱۹۳					
	کل	۲۳/۶۹	۹۹						
رهاشدگی / بی‌ثباتی	رگرسیون	۱۱/۲۲	۳	۳/۷۴	۲۰/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹۱	۰/۶۲۵	۰/۴۲۶۶۹
	باقیمانده	۱۷/۴۷	۹۵	۰/۱۲۵					
	کل	۲۸/۶۹	۹۹						

مطابق مندرجات جدول فوق چنین استنباط می‌شود که در پیش‌بینی شاخص اضطراب فوبی متغیرهای آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی / بد رفتاری و رهاشدگی / بی‌ثباتی، به ترتیب اولویت سهم معنادار دارد به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۳۹ درصد از تغییرات ملاک (اضطراب فوبی) را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($p < 0/05$).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص خصومت را پیش‌بینی می‌کنند در جدول (۱۰) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	رگرسیون	۹/۳۳	۱	۹/۳۳	۲۳/۰۶۳	۰۰۰	۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۰/۶۳۶
	باقیمانده	۳۹/۲۶	۹۷	۰/۴۰۵					
	کل	۴۸/۵۹	۹۸						
محرومیت هیجانی	رگرسیون	۱۳/۶۵	۲	۶/۵۸	۱۷/۸۳	۰۰۰	۰/۵۲۰	۰/۲۷۱	۰/۶۰۷
	باقیمانده	۳۵/۴۳	۹۶	۰/۳۶۹					
	کل	۴۸/۵۹	۹۸						

همانطور که از جدول (۱۰) استنباط می‌شود در پیش‌بینی شاخص خصومت، متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و محرومیت هیجانی به ترتیب اولویت سهم معناداری دارند به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۲۷ درصد از تغییرات متغیر ملاک (خصومت) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۵$).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در مورد این که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه چند درصد از واریانس شاخص اندیشه‌پردازی پارانوییدی را پیش‌بینی می‌کنند در جدول (۱۰) درج شده است.

متغیر پیش‌بین	منبع پراش	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	f	سطح معنی‌داری	R	R	SE
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	رگرسیون	۱۱/۳۰۷	۱	۱۱/۳۰۷	۳۱/۵۵	۰۰۰	۰/۴۶۸	۰/۲۱۹	۰/۸۸۰۶۹
	باقیمانده	۳۵/۱۲	۹۸	۰/۳۵۸					
	کل	۴۶/۴۲	۹۹						
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	رگرسیون	۱۵/۳۱	۲	۷/۶۵	۲۳/۸۷	۰۰۰	۰/۵۳۷	۰/۲۸۸	۰/۸۴۵۲۷
	باقیمانده	۳۱/۱۱	۹۷	۰/۳۲۱					
	کل	۴۶/۴۲	۹۹						

همانطور که از جدول (۱۱) استنباط می‌شود در پیش‌بینی شاخص اندیشه‌پردازی پارانوییدی، متغیرهای بی‌اعتمادی/بدرفتاری و رهاشدگی/بی‌ثباتی به ترتیب اولویت سهم معناداری دارند به نحوی که این متغیرها بر روی هم قادرند ۲۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک (اندیشه‌پردازی پارانوییدی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۵$).

در مورد این که بین مردان و زنان در نوع طرحواره فعال تفاوت وجود دارد از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد نتایج آن در جدول (۱۲) درج شده است.

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
رهاشدگی / بی‌ثباتی	گروه ۱ (مرد)	۱۱/۱۲	۴/۶۸	-۲۷	۰/۰۰۱
	گروه ۲ (زن)	۱۴/۳۰	۶/۶۲		
خویش‌داری / خودانضباطی ناکافی	گروه ۱ (مرد)	۱۳/۲۴	۳/۹۵	-۱/۵۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ (زن)	۱۴/۷۲	۵/۶۵		

مطابق مندرجات جدول (۱۲) چنین استنباط می‌شود که تفاوت زنان و مردان در طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی از نظر آماری معنی‌دار است چرا که t محاسبه شده (-۲۷) در سطح ($P < 0.01$) معنادار است و همچنین در طرحواره خویش‌داری / خودانضباطی ناکافی t محاسبه شده (۱/۵-۹) در سطح ($P < 0.01$) معنی‌دار است و این معناداری به نفع گروه مردان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر در کل بررسی ارتباط طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه یانگ با نیمرخ علامت شناختی SCL-90-R است. سوال اصلی پژوهش این است که آیا طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه می‌تواند به‌عنوان یک مولفه پیش‌بینی‌کننده شاخص‌های SCL-90-R باشند؟ مطالعات کمی درباره رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات محور I انجام شده است. برای نمونه کارین (۱۹۹۷) در بررسی خود این سوال را مطرح کرد که آیا وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند بیماران مبتلا به اختلالات روانی محور را از بیماران مبتلا به سایر انواع اختلالات روانی متمایز کند؟ نتایج به‌دست آمده نشان داد که تشخیص ابتلای فرد به اختلالات محور II در ۸۳٪ موارد با پرسشنامه طرحواره یانگ قابل پیش‌بینی است. به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی در این زمینه (اسمیت و همکاران ۱۹۹۵، کنیز ۲۰۰۷، فلرمن، ولر، زاگوری شارون، ۲۰۰۷) همسو است. یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که از میان طرحواره‌های

غیرانطباقی اولیه طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، اطاعت، رهاشدگی/ بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی بر روی هم قادرند ۵۳ درصد از واریانس سلامت روانی کلی GSI را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند. شاخص GSI یک درجه‌بندی ترکیبی است که شدت استرس تجربه شده را همراه با برخی از نشانه‌های گزارش شده بررسی می‌کند و همچنین این شاخص بهترین مقیاس منفرد درماندگی است و هنگامی که یک مقیاس منفرد کفایت می‌کند به کار گرفته می‌شود (دروگاتیس و ساوتیز، ۱۹۹۹). نکته قابل توجه این است که طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری به تنهایی ۳۶ درصد از واریانس شاخص سلامت روانی را تبیین می‌کند. افرادی که این طرحواره در آنان فعال است معتقدند که در زندگی آنها هر لحظه فاجعه‌ای به‌وقوع می‌پیوندد و آنها اعتقاد راسخ دارند که همیشه برایشان وقایع غیرقابل کنترل رخ می‌دهد ترس‌های آنها بر چند جنبه متمرکز است. حوادث پزشکی، وقایع هیجانی و سوانح طبیعی. هیجان مسلط این افراد اضطراب است و به‌همین دلیل همان‌طور که ذیلاً مطرح می‌شود این طرحواره در تبیین اغلب شاخص‌ها نقش معنادار دارد.

طرحواره اطاعت در افرادی فعال است که تسلیم کنترل دیگران می‌شوند. به دیگران اجازه می‌دهند بر آنها سلطه پیدا کنند. آنها به شدت مطیع دیگران هستند. افرادی که طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی در آنها پررنگ‌تر است همیشه در حالت ترس و نگرانی زندگی می‌کنند و مدام گوش به زنگ علامتی هستند حاکی از اینکه دیگران آنها را ترک می‌کنند (یانگ، ۱۹۹۴). طرحواره محرومیت هیجانی در افرادی پررنگ‌تر است که انتظار دارند که تمایلات و نیازهایشان به حمایت عاطفی به اندازه کافی از جانب دیگران ارضا نشود. این افراد احساس می‌کنند از نظر هیجانی با محرومیت مواجه شده‌اند و به قدر کافی محبت و صمیمیت و توجه دریافت نکرده‌اند. یانگ، کلوسکو، ویشار، ۲۰۰۳. همچنین یانگ (۱۹۹۴) بیان کرده است که طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی یا رهاشدگی/ بی‌ثباتی به دلیل نقص در محیط اولیه به‌وجود می‌آیند. در محیط زندگی چنین افرادی ثبات، درک شدن یا عشق وجود ندارد این یافته‌ها با نتایج تحقیقات بریگس^۱ و پرایس^۲ (۲۰۰۹) همخوان است و همچنین با نتایج تحقیقات گالاکو^۳ و هاوتون^۴ (۲۰۰۸)

همخوان است. یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، محرومیت هیجانی، استحقاق/بزرگ‌منشی و رهاشدگی/بی‌ثباتی بر روی هم ۴۸ درصد از واریانس شاخص افسردگی را تبیین می‌کنند. سالکی و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی خود با عنوان ارتباط بین بازشناسی هیجان‌ات و عقاید هسته‌ای (عقاید هسته‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده) به نتایج تقریباً متفاوتی رسیده‌اند.

یافته‌های آنها نشان می‌دهد که طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی، نقص شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، خودتحويل نیافته/گرفتار، محرومیت هیجانی و پذیرش‌جویی/جلب توجه ۴۹ درصد از واریانس شاخص افسردگی را تبیین می‌کنند که از بین اینها طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.

یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و رهاشدگی/بی‌ثباتی بر روی هم ۳۰ درصد از واریانس شاخص جسمانی‌سازی را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند. قابل ذکر است که طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری به تنهایی حائز سهم ۲۷ درصدی است. همسو با این یافته یانگ و همکاران (۱۹۹۴) مطرح کرده است که طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری می‌تواند با اختلالات جسمانی‌سازی مرتبط باشد. افرادی که نمره بالای در شاخص جسمانی‌سازی می‌گیرند عمدتاً نگرانی‌های مرتبط با کژکاری جسمی واقعی یا خیالی دارند و کسانی که طرحواره آسیب‌پذیری در آنها فعال است ترس افراطی از حوادث پزشکی، بیماری‌های قلبی، ابتلا به ایدز و ... دارند.

طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری بر روی هم ۴۶ درصد از واریانس شاخص وسواس فکری-عملی را به‌طور معنادار تبیین می‌کنند. افرادی که به طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری

1- Briggs
3- Gallagher

2- Price
4- Hawton

در آنها پررنگ‌تر است به درستی و صداقت دیگران اعتماد ندارند به دیگران سوءظن دارند و از آنها فاصله می‌گیرند گاهی اوقات بیماران اعتقاد دارند که دیگران عملاً به آنها ضرر می‌زنند. این یافته با نتایج تحقیقات سوکمن^۱ و پینارد^۲ (۱۹۹۹) همخوان است.

طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و وابستگی/ بی‌کفایتی بر روی هم ۵۵ درصد از واریانس شاخص اضطراب را تبیین می‌کنند. همچنین قابل ذکر است که طرحواره آسیب‌پذیری به تنهایی قادر به پیش‌بینی ۴۰ درصد از تغییرات شاخص اضطراب است. افرادی که طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی در آنها پررنگ‌تر است اعتقاد دارند که نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره را بدون کمک دیگران در حد قابل قبولی انجام دهند. در تبیین این یافته تحقیقات هاندواسپلاگ^۳ (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که تجارب اولیه آسیب‌پذیری در به‌کار گرفتن طرحواره‌های ناسازگارانه تأثیر دارند.

در مورد پیش‌بینی شاخص روان‌پریشی‌گرایی یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و رهاشدگی/ بی‌ثباتی سهم ۳۰ درصدی دارند. باید توجه داشت که طرحواره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری به تنهایی حائز سهم ۳۶ درصدی در پیش‌بینی تغییرات شاخص روان‌پریشی‌گرایی است. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) مطرح کرده‌اند که طرحواره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری در کسانی بیشتر مشاهده می‌شود که نسبت به دیگران بی‌اعتمادند و به همه شک می‌کنند. کسانی که در محور I تشخیص اسیکزوفرنی پارانویید می‌گیرند و بیشتر افکارشان حول این موضوع دور می‌زند که دیگران بی‌اعتمادند این طرحواره در آنها بیشتر فعال است.

طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی محرومیت هیجانی و ذیری نسبت به ضرر و بیماری بر روی هم ۵۰ درصد از واریانس شاخص حساسیت بین فردی را تبیین می‌کنند. همچنین قابل ذکر است که طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی به تنهایی حائز سهم ۳۳ درصدی در پیش‌بینی

1- Socman

3- Hand & Spelag

2- Pinard

شاخص حساسیت بین فردی می‌باشد نمره بالا در شاخص حساسیت بین فردی نشان‌دهنده این است که شخص مشکل قابل ملاحظه در موقعیت بین فردی دارد، او نسبت به روابط با دیگران انتظارات منفی دارد.

یانگ (۱۹۹۴) مطرح کرده است طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی یا رهاشدگی به دلیل نقص در محیط اولیه به وجود می‌آیند. این مطلب با نتایج تحقیقات کریستین^۱، اسکر^۲، ماری^۳ و استین^۴ (۲۰۰۳) همخوان است. نتایج تحقیقات آنها نشان می‌دهد که خصومت والدینی، طرد و رفتارهای تهدیدکننده در سال‌های اولیه زندگی ۷ درصد از واریانس حساسیت بین فردی را در بزرگسالی تبیین می‌کنند.

طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و رهاشدگی/بی‌ثباتی بر روی هم ۳۹ درصد از واریانس شاخص اضطراب. فوبی را تبیین می‌کنند. طرحواره آسیب‌پذیری به تنهایی سهم ۲۸ درصدی دارد. یانگ (۱۹۹۴) مطرح کرده است که افرادی که طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری در آنها فعال است ترس افراطی از این دارند که فاجعه نزدیک است و هر لحظه امکان آن وجود دارد و با توجه به این که شاخص اضطراب فوبی بر وجود ترس‌های افراطی و غیرمنطقی مرتبط با یک شخص، مکان، شی و... مبتنی است (دروگاتیس و ساویتز ۱۹۹۹). بنابراین به نظر منطقی می‌رسد که طرحواره آسیب‌پذیری تا حدودی تبیین‌کننده این شاخص باشد. در مورد پیش‌بینی شاخص خصومت یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و محرومیت هیجانی ۲۷ درصد از واریانس شاخص خصومت را تبیین می‌کنند افرادی که در شاخص خصومت نمره بالایی می‌گیرند دچار آزدگی، تحریک‌پذیری، خشم و احتمالاً غیظ هستند (دروگاتیس و ساویتز، ۱۹۹۹).

در تبیین این یافته ماکس قایل، استفان مادون (۲۰۰۳) در تحقیق خود با عنوان خصومت، گستره و اثرات طرحواره‌های خاص به این نتیجه رسیده‌اند که افرادی که ویژگی

1- Christiane
3- Murray

2- Scher
4- Stein

خصوصیت در آنها پر رنگ‌تر است از روش اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند. آنها دیگران را بسیار خشن ارزیابی می‌کنند و طرحواره‌های شناختی منفی دارند.

طرحواره‌ی بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و رهاشدگی / بی‌ثباتی ۲۸ درصد از واریانس شاخص اندیشه‌پردازی پارانوئیدی را به‌طور معنادار تبیین می‌کنند. طرحواره بی‌اعتمادی به تنهایی ۲۱ درصد از واریانس شاخص اندیشه‌پردازی پارانوئیدی را تبیین می‌کنند. نتایج این مطالعه با یافته‌های اسمیت و همکاران (۱۹۹۵) همخوان است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری با نشانه‌های اندیشه‌پردازی پارانوئیدی رابطه مثبت دارد.

($P < 0/01$) در سطح $r = 0/46$

یافته دیگری که از پژوهش حاضر به‌دست آمد تفاوت مردان و زنان در نوع طرحواره‌های فعال است. در نمونه پژوهش حاضر زنان و مردان در طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی تفاوت داشتند. میانگین گروه زنان ۱۴/۳۰ می‌باشد. در حالی که میانگین گروه مردان ۱۱/۲ است و این بیانگر آن است که زنان از طرحواره اشدگی استفاده بیشتری می‌برند زنان بیشتر اعتقاد دارند که روابطشان با افراد مهم زندگی ثباتی ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که زنان و مردان در طرحواره خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی نیز تفاوت معنی‌دار دارند. میانگین گروه زنان بیشتر از گروه مردان است. زنان برای دستیابی به اهدافشان نمی‌توانند خویشتن‌داری نشان دهند و ناکامی را به‌قدر کافی تحمل کنند.

همچنین بررسی این فرضیه که بین طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و شاخص وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد نتایج نشان داد که رابطه معنادار مثبت ($P < 0/001$) وجود دارد. در سطح بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان این فرضیه مورد تأیید قرار می‌گیرد. نتایج این مطالعه با یافته‌های (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵) کتینز (۲۰۰۷) فلرمن و ولر، زاگوری شارون (۲۰۰۷) که معتقدند دل‌مشغولی‌ها و عیب‌جویی‌های افراطی در اوایل کودکی و نوجوانی با احتمال ابتلا به وسواس فکری-عملی در بزرگسالی مرتبط است، همخوان است.

در پایان باید افزود که یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به روش نمونه‌گیری (نمونه‌گیری در دسترس) است که گستره تعمیم نتایج را محدود می‌سازد بنابراین رعایت احتیاط در مورد تعمیم یافته‌های پژوهش توصیه می‌شود و همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در ابعاد گسترده‌تر انجام پذیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۰/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۲۷

منابع

- یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و شیبار، مارجووری (۱۹۵۰). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی). ترجمه حسن حمیدپور، زهرا اندوز، تهران ارجمند ۱۳۸۶.
- مارک آمولفین؛ رانیک، ای، فرانک ام، داتیلو؛ فریمن، آرتور (۱۳۷۹). شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان. *مطالعات موردی بالینی*. مترجمان حواد علاقبندراد، حسن فرهی تازه‌کند، تهران بقعه.
- هاوتون، کرک؛ سالکروس کیس، کلارک (۱۳۸۵). *راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده تهران، ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۹).
- آزاد، حسین (۱۳۷۸). *آسیب‌شناسی روانی*، تهران انتشارات بعثت.
- بنی‌جمالی، شکوه؛ احمدی، حسن (۱۳۷۳). *بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی*، تهران، نشر نی، شاملو، سعید ۱۳۷۸، بهداشت روانی، تهران انتشارات رد.
- شولتز، دوآن؛ شولتز، سیدنی آلن (۱۳۷۹). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر هما.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*، تهران، نشر ارسباران.
- مارشال ریو، جان (۱۳۷۶) انگیزش و هیجان، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر ویرایش ناصری، حسین، بررسی رابطه خودآثربخشی با سلامت روانی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تبریز*.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی تحولی، از کودکی تا بزرگسالی*، تهران، سمت.
- ساراسون ای و ساراسون بی (۱۳۸۱). *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی، تهران انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۷).
- سادوک، بی و سادوک وی کاپلان (۱۳۸۳). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی*.
- گرات، مارنات، گری (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان...*، ترجمه حسن پاشا شریفی، محمدرضا نیکخو، تهران، سخن.
- Leckman, J.F.; Mayes, L.C.; Feldman, R.; Evans, D.W.; King, R.A.; Coheu, D.J. (1999). Early parental preoccupations and behaviors and their

-
- possible relationship to the symptoms of obsessive- compulsive disorder. *Acts psychiatricae scandinavica* 100 (396), 1-26.
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood, child: *care, health and Development*, 33:6,720-727.
- Ruth Feldman, Aron Weller, Orna Zagoory- Sharon (2007). Evidence for a Neuro endocrinological Foundation of Human Affiliation 96-970.
- Ruth Feldman, Arthur L. Eidelman & F. Nea Rotenberg. (2004). Parenting stress, Infant Emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive Development of Triplets: A Model for parent and child Influences in a unique Ecology. *Child Development*. 75: 6, 1774-1791.
- Phils Cookbook, Phils Family first, Weight loss information, Young couples Interview, cognitive Therapy Associates. *Schema-Focused cognitive Therapy*. (2003-2008) 258-2577.
- Raphael, G.; Kelvin, Ian M. Good yer, John, D. Teasdale, Don Brechui (1999). Latent Negative self- schema and High Emotionality in well Adolescents at Risk for psychopathology, *Journal of child psychology and psychiatry* 40 (6), 959-968.
- Carla Sharp, Tim J. Crowder and Ian M. Good yer (2007). Biased Mentalizing in children Aged seven to 11: Latent class confirmation of Response styles to social scenarios and Associations with psychopathology. *Social Development* 16:1, 181-202.
- Herbert, J.; Goodyer, I.M.; Grossman, A.B.; Hastings, M.H.; E.R., de Kloet, S.L. Lightman, S.J. (2006). Do corticosteroids Damage the Brain? *Journal of Neuroendocrinology* 18:6, 393-411.
- Zoe A. Kyte, Ian M. Goodyer, and Barbara, J. Sahakian (2005). Selected executive depression. *Journal of child psychology and psychiatry* 46:9, 995-1005.
- Park, R.J.; Goodyer, I.M. & Teasdale, J.D. (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent Major Depressive Disorder and controls. *Journal of child psychology and psychiatry* 45:5, 995-1006.
- Marleau, M. Rijkeboer, M. Gerly, De Boo (2010). Early maladaptive schemas in children. Development and validation of the schema inventory for

-
- children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 41, 102-109.
- GayllMax Madon stephane (2003). Trait hostility the breath and specificity of schema effects. *Personality and indiviclual differences*, 34, 681-693.
- Christine D. scher, Murray B. stein (2003). Developmental antecedents of onxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 253-269.
- Eric s, Briggs, Ian R. Price (2009). The relationship between address childhood experience and obsessive compulsive symptoms and belifes: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorder*, 23, 1037-1046.
- Csukly, G, etal. What is the relationship between the recognition of emotions and beliefs... (2010). *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, xxx, 1-9.
- Bridie Gallagher, sam Cartwright- Hatton (2008). The relationship between parenting factors and trait anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 722-733.