

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

بررسی تطبیقی مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد حائز نشانه‌های غیربالینی اضطراب، افسردگی و افراد سالم

منصور بیرامی^۱

تورج هاشمی نصرت‌آباد^۲

خدیدجه پورمحمود حاجیلاری^۳

سمیه سعیدی دهقانی^{۴*}

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، طرد و رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و گرفتاری/ در دام افتادگی، در افراد مضطرب، افسرده و سالم انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع مطالعه علی-مقایسه‌ای بود و برای این منظور، تعداد ۶۰۰ نفر (۲۰۰ نفر مضطرب، ۲۰۰ نفر افسرده و ۲۰۰ نفر سالم) از جامعه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان چابهار به شیوه هدفمند، غربالگری و انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. بر اساس یافته‌ها افراد افسرده، نسبت به دو گروه دیگر، طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی و طرد/رهاشدگی، بارزتری داشتند و از سوی دیگر افراد افسرده و مضطرب نسبت به افراد سالم، نمرات بیشتری در طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری داشتند و این طرح‌واره‌ها در آن‌ها شدیدتر و بارزتر بود. بر مبنای یافته‌های این پژوهش، تمرکز بر شناخت عوامل پیش‌بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مداخلات درمانی و مشاوره‌ای افراد دارای افسردگی و اضطراب، می‌تواند بخش مهمی از درمان این افراد را تشکیل دهد.

واژگان کلیدی: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ اضطراب؛ افسردگی

۱- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

۲- استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

مقدمه

اختلالات هیجانی سیری مزمن دارند و می‌توانند به شدت مزاحم روند عادی زندگی در دوران بزرگسالی شوند. اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی هستند که در آن‌ها واکنش‌های هیجانی، شدیدتر و ماندگارترند (کسلر، نلسون، گوناگل و زاو، ۱۹۹۴). اضطراب هیجان مفیدی است و منافع بقایی نیرومندی برای افراد و گونه‌های بشری فراهم می‌آورد. هرچند هنگامی که سطوح اضطراب به‌طور نامناسبی افزایش می‌یابد، پاسخ مناسب افراد به تهدیدهای محیطی را متوقف می‌کند و افراد را در تجربه مشکلات غامضی درگیر می‌کند (هیلگارد، ۱۹۹۶).

از طرف دیگر افسردگی حالتی است که بیشتر برای بیان اندوه عمیق به‌کار می‌رود و از رایج‌ترین اختلالات روانی است که در عصر حاضر به‌سرعت و شدت روبه افزایش نهاده و گریبانگیر افراد بسیاری است. شیوع بالای این اختلالات و سیر مزمن آن‌ها سبب شده است که افراد مبتلا نسبت به سایر اختلال‌های روانی، بیشترین رجوع به مراکز بهداشتی-درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (کوپر، رز و ترنر، ۲۰۰۵).

عوامل مختلفی وجود دارند که زمینه را برای ایجاد، تداوم و تشدید علایم اضطراب و افسردگی هموار می‌کنند و حتی برخی از آن‌ها به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی به‌شمار می‌روند و با شناخت آن‌ها می‌توان آسیب‌پذیری افراد را به هر کدام از این دو اختلال مشخص کرد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. عاملی که گفته می‌شود نقش کلیدی در این اختلالات دارد (اسکات و یانگ، ۲۰۰۶). این مفهوم در بین اکثر شناخت‌درمانگران با معانی تقریباً مشابهی به‌کار رفته است و اکثر آن‌ها طرحواره را در قالب گزاره می‌نگرند و تنها تیزدل^۵ (۱۹۹۳) طرحواره را در سطحی بالاتر و به‌معنای ضمنی (فراگزاره‌ای) تعریف می‌کند. یک طرحواره نه تصویری ذهنی است و نه تصویری از یک پدیده، بلکه بازنمایی انتزاعی ابعاد متمایزکننده پدیده است (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). یانگ (۱۹۹۰) طرحواره‌های ناسازگار را بر اساس نیازهای هیجانی ارضانده،

1- Kessler, Nelson, Gonagle & Zhao
3- Cooper, Rose & Turner
5- Teasdale

2- Hilgard
4- Scott, Young

به پنج حوزه تقسیم نمود (هوفارت، سکستون، هدلی، ونگ، هولس و هاگوم^۱، ۲۰۰۵) که در نتیجه ارضانشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به پیوند و پذیرفته‌شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودابرازی، خودانگیختگی و لذت و جهت‌گیری از درون ایجاد می‌شوند. اعتقاد بر این است کودک باید در طی تحول خود این تکالیف را در رابطه با والدین و محیط، با موفقیت پشت‌سر گذارد. این طرحواره‌ها عبارتند از:

حوزه اول: بریدگی و طرد که شامل طرحواره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی (احساس شخص از اینکه نزدیکانش از او حمایت عاطفی و محافظت نمی‌کنند)، بی‌اعتمادی / بدرفتاری (این عقیده که دیگران برای گرفتن امتیازات آسیب می‌رسانند) نقص / شرم (احساس ناخواسته بودن و حقارت) و انزوای اجتماعی / بیگانگی (اعتقاد به اینکه فرد به اینکه به هیچ گروهی تعلق ندارد و متفاوت از دیگران است) می‌شود. طرحواره‌های وارد در این حوزه، از دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخش با دیگران برخوردار نیست و افرادی که طرحواره آنها در حوزه بریدگی و طرد قرار دارد معتقدند که نیاز آنها به برقراری روابط با ثبات، داشتن امنیت و محبت برآورده نخواهد شد.

حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل که شامل طرحواره‌های وابستگی / بی‌کفایتی (اعتقاد به اینکه فرد برای انجام وظایف خود به کمک دیگران بسیار محتاج است)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر (ترس بیش‌از حد فرد از یک بیماری یا موقعیتی که ضربه شدیدی وارد کند و او قادر به پیشگیری از آن نباشد)، خودتحول‌نیافته / گرفتار و شکست (اعتقاد به شکست خورده بودن در هر زمینه‌ای)، می‌شود. خودگردانی یعنی توانایی فرد برای جدا شدن از خانواده و عملکرد مستقل که این توانایی در مقایسه با افراد هم‌سن و سال سنجیده می‌شود. افرادی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد از خود و محیط اطرافشان انتظاراتی دارند که در توانایی آنها برای تفکیک خود از نماد والدین و دستیابی به عملکرد مستقل مانع ایجاد می‌کند (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

حوزه سوم: حوزه محدودیت‌های مختل که شامل دو طرحواره استحقاق / بزرگ‌منشی

1- Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe & Haugum

(اعتقاد به اینکه شخص از دیگران بالاتر بوده و همه کارها یا ادعای او درست است) و خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی (تمایل بیش از حد برای کسب رضایت و اجتناب از موقعیت‌های ناراحت‌کننده) است. افرادی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد ممکن است در مورد همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل داشته باشند و بی‌مسئولیت یا خودشیفته به‌نظر برسند.

حوزه چهارم: دیگرجهت‌مندی است که شامل دو طرحواره اطاعت (سرکوب کردن افراطی عواطف برای اجتناب از تنهایی) و ایثار (توجه افراطی به برآوردن نیازهای دیگران و نادیده‌انگاری خود) می‌باشد. افرادی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد به جای رسیدگی به نیازهای خود، به دنبال ارضای نیازهای دیگران برای دستیابی به تأیید تداوم رابطه هیجانی هستند.

حوزه پنجم گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری است که شامل طرحواره‌های بازداری هیجانی (مانعت از ابراز هرگونه عواطف به‌ویژه خشم)، معیارهای سرسختانه و استانداردهای غیر واقع‌بینانه‌ای (اعتقاد به داشتن معیارهای درونی بسیار بالا) است که با تمایل بر تمرکز به شرایط، برون‌دادها و رفتارهای منفی مرتبط است تا شرایط، برون‌دادها و رفتارهای مثبت (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

یانگ (۲۰۰۳) بیان می‌کند که طرحواره‌های اولیه، این زیرساخت‌های عمیق در اختلالات مزمن روان‌شناختی مثل افسردگی و اضطراب، بسیار قوی عمل می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد (دل‌اتر^۱، ۲۰۰۴، مارمون^۲، ۲۰۰۴ و تیلور^۳، ۲۰۰۵). یانگ مدل طرحواره‌ای خود را برای تشریح ارتباط والدین - آسیب‌شناسی ارائه کرده است و اساس نظری آن بر برخی مفاهیم و تحقیقات بر مبنای تئوری دلبستگی قرار دارد و پیشنهاد می‌کند که یک میانجی بالقوه در روابط والدین و بروز آسیب‌شناسی فرزندان، ایجاد طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و یا باورهای هسته‌ای منفی

1- Delattre
3- Taylor

2- Marmon

در فرزندان است (شفیلد و همکاران^۱، ۲۰۰۵).

رینک و سینمونز^۲ (۲۰۰۵)، نیز در بررسی آسیب‌پذیری نوجوانان به افسردگی، به این یافته رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به همراه مهارت‌های اجتماعی پایین، عوامل مهمی در افزایش آسیب‌پذیری نوجوانان به افسردگی است. در حوزه اختلال‌های اضطرابی این مساله حائز اهمیت است که نقش عوامل زمینه‌ساز در شکل‌گیری این اختلالات را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاشتن آن‌ها ممکن است بر مفهوم‌سازی این اختلال‌ها و نیز بر نتایج درمان آن‌ها اثر بگذارد (حمیدپور، ۱۳۸۸).

ربی^۳ (۲۰۰۱) معتقد است که آسیب‌شناسی نسبت به اضطراب در قالب خلق‌وخوی مضطرب نشان داده می‌شود و یکی از عوامل مهم در سبب‌شناسی اضطراب است. در این زمینه پژوهش کامرا و کالویت (۲۰۱۲) نشان داد که طرحواره‌های اولیه ناسازگار نشانگان اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. از دیگر سو، وولز^۴ (۲۰۰۶)، در مطالعه خود، طرحواره به‌خصوصی را مرتبط با عامل اضطراب نمی‌داند بلکه در یک سطح بالاتر فعال‌شدگی طرحواره‌های ناسازگار در مقایسه با طرحواره‌ها در افراد سالم دست یافته است به این صورت که وی در بررسی طرحواره‌های مراجعان مضطرب در مقایسه با افراد سالم، به این نتیجه رسید که در کل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مضطرب فعال‌تر است. در مقابل طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب تحمیل دیدگاهی منفی نسبت به وقایع زندگی می‌شوند، دیدگاه خوش‌بینانه موجب فراخوانی هیجانات مثبت می‌شود و کیفیت مقابله با فشار روانی را در فرد بهبود می‌بخشد. گرچه وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی هم چون افسردگی و اضطراب تأیید شده است (رنر، لیستال، پیترز، آرتنز و همکاران، ۲۰۱۱؛ وانگ، هالورسن، ایسمن و واترلوک، ۲۰۱۰) اما هنوز در مورد چگونگی تأثیرگذاری آن‌ها جای سوال وجود دارد؛ چنانچه برخی مطالعات حاکی عدم ارتباط یا ارتباط منفی طرحواره‌های ناسازگار به‌ویژه ایثار و گرفتاری با اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی هستند (ریجکبور و دیبو، ۲۰۰۹، منتظری

1- Sheffield et al
3- Rapee

2- Rink, Sinmons
4- Volz

و همکاران، ۱۳۹۱) و برخی دیگر قائل به وجود ارتباط یا ارتباط مثبت هستند. این دو اختلال (اضطراب و افسردگی)، هزینه‌های گزافی بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کنند (داگاس و رابیچاد^۱، ۲۰۰۷) و شیوع بالای این اختلالات و سیر مزمن آن‌ها سبب شده‌است که افراد مبتلا نسبت به سایر اختلال‌های روانی، بیشترین رجوع به مراکز بهداشتی-درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (کوپر، رز و ترنر^۲، ۲۰۰۵). شیوع بالا، سیر مزمن و ناتوان‌کننده و هزینه‌های اقتصادی بالا برای این دو اختلال، ضرورت پژوهش درباره این اختلال‌ها را بیش از پیش ضروری می‌سازد. این درحالی است که در زمینه‌ی سبب‌شناسی این اختلال‌ها هنوز ابهام وجود دارد و به همین دلیل درمان اختصاصی برای این اختلالات شایع، هنوز به‌طور جدی وجود ندارد. نظر به ابهامات و سوالات باقی مانده در تحقیقات پیشین، پژوهش حاضر درصدد است که به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد حائز نشانه‌های غیربالینی اضطراب و افراد حائز نشانه‌های غیربالینی افسردگی و افراد سالم، بپردازد. از این روی باتوجه به مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی، سوال تحقیق این بود که آیا افراد حائز نشانه‌های غیربالینی افسردگی، اضطراب و افراد سالم، از نظر طرحواره‌های ناسازگار اولیه فوق باهم تفاوت دارند؟

روش

مبتنی بر اهداف، روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان چابهار بود که در این راستا از بین جمعیت بزرگی از دانش‌آموزان براساس نقاط برش (دو انحراف استاندارد بالای میانگین) چک‌لیست علائم روانی، ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان حائز نشانه‌های غیربالینی افسردگی و ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان حائز نشانه‌های غیربالینی اضطراب و ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان فاقد نشانه‌های غیربالینی افسردگی و اضطراب غربال شدند و به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند، سپس پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ بین هر سه گروه اجرا شد و به این ترتیب داده‌های لازم برای تحلیل آماری استخراج شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری (SPSS) و همچنین از آماره‌های توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد.

1- Robichaud

2- Cooper, Rose & Turner

ابزار پژوهش

چک‌لیست تجدیدنظرشده علائم روانی^۱

فرم اولیه چک‌لیست تجدیدنظرشده علائم روانی، به‌وسیله دراگوتیس، لیپمن و کووی^۲ (۱۹۷۳) تهیه گردید. دراگوتیس، لیپمن و کووی (۱۹۸۴) پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سوال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) است. مواد این آزمون نه بعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از: شکایات جسمانی (شامل سوال‌های: ۱، ۴، ۱۲، ۲۷، ۴۰، ۴۲، ۴۸، ۴۹، ۵۲، ۵۳، ۵۶، ۵۸)، وسواس و اجبار (سوال‌های: ۳، ۹، ۱۰، ۲۸، ۳۸، ۴۵، ۴۶، ۵۱، ۵۵، ۶۵)، حساسیت در روابط متقابل (سوال‌های: ۶، ۲۱، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۶۱، ۶۹، ۷۳)، افسردگی (سوال‌های: ۵، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۵۴، ۷۱، ۷۹)، اضطراب (سوال‌های: ۲، ۱۷، ۲۳، ۳۳، ۳۹، ۵۷، ۷۲، ۷۸، ۸۰، ۸۶)، پرخاشگری (سوال‌های: ۱۱، ۲۴، ۳۳، ۶۷، ۷۴، ۸۱)، ترس مرضی (سوال‌های: ۱۳، ۲۵، ۷۰، ۷۵، ۸۲)، افکار پارانوییدی (سوال‌های: ۸، ۱۸، ۴۳، ۶۸، ۷۶، ۸۳)، روان‌پریشی (سوال‌های: ۷، ۱۶، ۳۵، ۶۲، ۷۷، ۸۴، ۸۵، ۸۷، ۹۰، ۸۸). امتیازبندی سوال‌های فهرست مذکور به این صورت است که به "هیچ" امتیاز صفر، "کمی" امتیاز یک، "تاحدی" امتیاز دو، "زیاد" امتیاز سه، "خیلی زیاد" امتیاز چهار تعلق می‌گیرد. چنانچه آزمودنی به بیش از ۲۰٪ همه سوال‌های شناسه و یا به بیش از ۴۰٪ سوال‌های هر بعد یا هر اختلال پاسخ ندهد، سنجش مذکور یا بعد موردنظر فاقد اعتبار خواهد بود. ۹۰ ماده این آزمون حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان پاسخ‌دهی به پرسشنامه، مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ^۳: این پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط یانگ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است. مواد این پرسشنامه حاوی طرح‌واره‌های: رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحول نیافته/ گرفتار، شکست، استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی،

1- Symptom Checklist 90 Revised
3- Young Schema Questionnaire

2- Derogatis, Limpman & Covey

معیارهای سرسختانه/ بیش‌انتقادی، است که در پنج حوزه بریدگی و طرد (سوال‌های ۱ تا ۲۵)، خودگردانی و عملکرد مختل (سوال‌های ۲۶ تا ۴۵)، جهت‌مندی (سوال‌های ۴۶ تا ۵۵)، گوش‌بزدگی بیش از حد و بازداري (سوال‌های ۵۶ تا ۶۵) دسته‌بندی می‌شود. هر سوال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست). چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (بارانف جان و ایل تیان، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به‌دست آمده است.

یافته‌های پژوهش

در این بخش با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی بالاخص میانگین و انحراف استاندارد، نسبت به توصیف متغیرهای مورد مطالعه اقدام شده است. این شاخص‌ها در جدول (۱) درج شده‌اند.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) گروه‌ها

متغیر گروه	میانگین/ انحراف معیار	مضطرب	افسرده	سالیم
محرومیت	M	۱۲/۴۷	۱۳/۱۳	۱۲/۴۲
هیجانی	SD	۵/۸۶	۶/۲۶	۵/۸۴
طرد و	M	۱۴/۸۰	۱۵/۷۶	۱۴/۷۱
رهاشدگی	SD	۶/۴۵	۶/۶۷	۶/۴۴
بی‌اعتمادی	M	۱۳/۰۱	۱۴/۳۰	۱۲/۱۷
	SD	۵/۴۷	۵/۶۱	۵/۳۶
آسیب‌پذیری	M	۱۰/۶۳	۱۱/۴۸	۱۰/۳۹
	SD	۵/۲۰	۵/۴۰	۵/۲۸
گرفتاری	M	۱۴/۶۲	۱۵/۴۰	۱۴/۴۱
	SD	۵/۸۴	۶/۰۳	۵/۵۷

براساس جدول (۱) می‌توان نتیجه گرفت که: میزان محرومیت هیجانی، طرد و رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و گرفتاری/ دام‌افتادگی در گروه افسرده نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است.

جهت استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا، ام باکس با $F=1/36$ و $Sig=0/18$ جهت بررسی ماتریس کوواریانس معنی‌دار نبود از سوی دیگر، پیش‌فرض کرویت متغیرهای مورد مطالعه با $X^2=53/62$ و $Sig=0/001$ محقق شده است. همچنین بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس خطا نشان داد که گروه‌های مورد مطالعه در همه متغیرهای مورد بررسی دارای واریانس خطای همسان هستند، چرا که F محاسبه‌شده در تک‌تک متغیرهای مورد نظر در سطح $(P<0/05)$ معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول (۲) تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	آزمون	اندازه	F	DF ۱	Df2	Sig	ضریب اتا
گروه	لامبدای ویلکس	0/92	31/65	40	579	0/005	0/36

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد گروه‌های سه‌گانه مورد مطالعه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌صورت ترکیبی تفاوت معنی‌دار با یکدیگر دارند، چرا که F محاسبه‌شده $(F=31/65)$ مربوط به آزمون لامبدای ویلکس در سطح $(P<0/05)$ معنی‌دار است.

جدول (۳) تحلیل واریانس یک‌متغیره تفاوت گروه‌ها در متغیرها

متغیر	F	sig	اندازه اثر
انزوای اجتماعی	2/32	0/01	0/35
نقص/ شرم	2/13	0/04	0/19
شکست	7/65	0/001	0/39
بازداری هیجانی	2/33	0/03	0/28
خودانضباطی و خویش‌داری	1/6	0/09	0/04

مندرجات جدول (۳) و همچنین جدول (۴) (جدول مقایسه‌های زوجی) نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه، در طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری $(F=7/65, P<0/05)$ و

آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری ($F=2/33, P<0/05$) تفاوت وجود دارد. به این صورت که افراد افسرده و مضطرب، نسبت به سالم، در طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری نمرات بیشتری دارند. از سوی دیگر بین گروه‌های مورد مطالعه در طرحواره‌های محرومیت هیجانی ($F=2/32, P<0/05$) و طرد و رهاشدگی ($F=2/13, P<0/05$) نیز تفاوت وجود دارد به این صورت که میزان این دو طرحواره در افراد افسرده بیشتر است.

همچنین با توجه به نتایج جداول ۳ و ۴ می‌توان گفت که بین افراد مضطرب، افسرده و سالم، در طرحواره گرفتاری/در دام افتادگی، تفاوتی وجود ندارد ($F=1/6, P<0/05$)

جدول (۴) مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه				
گروه	گروه	متغیر	آماره بونفرنی	سطح معنی‌داری
افسرده	مضطرب	محرومیت هیجانی	۲/۹۲	۰/۰۱
افسرده	سالم	محرومیت هیجانی	۳/۱۶	۰/۰۱
افسرده	مضطرب	طرد و رهاشدگی	۲/۷۱	۰/۰۱
افسرده	سالم	طرد و رهاشدگی	۲/۸۹	۰/۰۱
افسرده	سالم	بی‌اعتماد/ بد رفتار	۴/۹۲	۰/۰۰۱
مضطرب	سالم	بی‌اعتماد/ بد رفتار	۳/۸۹	۰/۰۰۱
افسرده	سالم	آسیب‌پذیری	۲/۸۶	۰/۰۱
مضطرب	سالم	آسیب‌پذیری	۲/۶۱	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد که طرحواره‌های طرد و رهاشدگی و محرومیت هیجانی در افراد افسرده نسبت به دو گروه دیگر بارزتر و شدیدتر است. در واقع محرومیت هیجانی، به این معنا است که تمایلات و نیازهای شخصی تا حد متعارفی دربردارنده حمایت عاطفی از سوی دیگران نیست. این محرومیت سه نوع است که عبارتند از: محرومیت از محبت و توجه، محرومیت از همدلی و احساسات مشترک و محرومیت از محافظ یا منبع قدرت. در این زمینه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که طرحواره‌های ناسازگار به دلیل برآورده نشدن

نیازهای هیجانی در دوران کودکی به‌وجود می‌آیند و تأییدکننده تجربه‌های کودک هستند و در نهایت طرح‌واره‌های منفی در این افراد به نشانه‌هایی مانند افسردگی منجر می‌شود. از سویی افرادی که هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، کمتر دچار بیماری می‌شوند و مهارت‌های مقابله‌ای بهتری دارند. همچنین با توجه به اینکه طرح‌واره‌های طرد و بریدگی در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی در خانواده‌های بی‌عاطفه، سرد و بدرفتار شکل می‌گیرد، زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالات شناختی از جمله افسردگی را رقم می‌زند.

همسو با نتیجه پژوهش حاضر، نتایج تحقیقات متعددی حاکی از آن است که افرادی که از سطح افسردگی بالاتری برخوردارند، چه در سطح غیربالینی و چه بالینی، در هر سه نوع محرومیت هیجانی نمرات بالاتری نسبت به افراد دیگر دارند (هریس و کرتن، ۲۰۰۲). همچنین هم‌راستا با یافته‌های این تحقیق، در پژوهشی مک‌گین، کوکرو سندرسون^۱ (۲۰۰۵) این رابطه فرضی را در یک نمونه در افراد بیمار آزمایش کردند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌وسیله پرسشنامه طرح‌واره یانگ اندازه‌گیری شد. نتایج نشان داد که افسردگی به‌طور مشخص مربوط به حوزه طرد و رهاشدگی بود.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که در افراد افسرده و مضطرب، نسبت به افراد سالم، طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، غالب‌تر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، خصوصیت اصلی طرح‌واره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری سوءظن و بدبینی است. افراد دارای نشانه‌های اضطراب و افسردگی نسبت به افراد سالم، این انتظار را دارند که دیگران به آن‌ها ضربه می‌زنند، بدرفتارند، آن‌ها را سرافکنده می‌کنند، دروغ می‌گویند و دغل‌کار و سودجو هستند. این پدیده این‌گونه ادراک می‌شود که آسیبی که به فرد وارد شده است عمدی بوده و یا این‌که در نتیجه بی‌مبالاتی و غفلت مفرط پدید آمده است، بنابراین از دیگران فاصله گرفته و روابط صمیمی برقرار نمی‌کنند. همین‌طور افرادی که دارای طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر هستند ترس افراطی از این دارند که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و شخص قادر نیست از آن جلوگیری یا با آن مقابله کند. این ترس‌ها بر یک یا چند جنبه از این موارد متمرکزند: سانحه‌های هیجانی

1- McGinn, Cukor & Sanderson

مثل دیوانه‌شدن و سانحه‌های بیرونی مثل گیرافتادن در آسانسور، سانحه‌های پزشکی مثل حمله‌های قلبی و ایدز، قربانی جنایت شدن، سقوط هواپیما و زمین‌لرزه. آن‌ها اغلب درخصوص ارتباطشان با یک یا چند نفر از افراد مهم زندگی‌شان بیش‌ازحد اشتغال ذهنی دارند و به‌همین دلیل فردیت و رشد اجتماعی این افراد به آن‌ها وابسته است (هریس و کرتن، ۲۰۰۲). این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است که معتقد است بدبینی از عوامل خطر برای برخی اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی است (منیرو، فرناندز و سیلوا، پری‌را و وازسرا، ۲۰۱۱).

آخرین بخش از نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد حائز نشانه‌های غیربالینی افسردگی، اضطراب و افراد سالم، در طرحواره رفتاری/ در دام‌افتادگی، اطاعت و ایثار تفاوت وجود ندارد. در پژوهش ریجکبور و دیبو (۲۰۰۹) طرحواره‌های ایثار و رفتاری با افسردگی رابطه منفی داشتند و در مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۹۱) بین دو طرحواره ایثار و رفتاری با افسردگی رابطه‌ای وجود نداشت. در پژوهش حاضر نیز بین افراد مضطرب، افسرده و سالم، تفاوتی در این دو طرحواره دیده نشد که ممکن است گویای این مطلب باشد که این دو طرحواره در کودکی احتمالاً سازگارتر بوده‌اند یا هنوز در کودکی شکل نگرفته باشند (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱). با این حال، در این خصوص نیازمند تحقیقات و در واقع تأییدهای تجربی بیشتری هستیم. باید توجه داشت که همه محدودیت‌هایی که تحقیقات مربوط به عرصه علوم انسانی و اجتماعی دارند، تحقیق حاضر نیز این محدودیت‌ها را داشت و عمده‌ترین محدودیت‌های این تحقیق، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی و نمونه دانش‌آموزی بود که در تعمیم‌دادن نتایج به جمعیت‌های دیگر محدودیت ایجاد می‌کند. پیشنهاد می‌شود که این تحقیق روی نمونه بالینی و همچنین در مناطق مختلف جغرافیایی ایران انجام شود و متخصصان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان درگیر با این دو اختلال، در مداخلات درمانی و مشاوره‌ای خود، عامل پیش‌بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه را لحاظ نمایند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۰۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۰

منابع

- اتکینسون، ریتا و همکاران (۱۹۹۶). روان‌شناسی هیلگارد. ترجمه حسن رفیعی (۱۳۷۷)، انتشارات ارجمند، تهران.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت‌درمانی با طرح‌واره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. رساله دکتری روانشناسی بالینی. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ریچاردپی، هالچین؛ سوزان کراس ویتبورن (۱۹۴۸). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۷)، نشر روان، تهران.
- منتظری، محمدصادق؛ کاوه فارسانی، ذبیح‌الله؛ مهرابی، حسین‌علی و عباس شکبیا (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر شهرستان فلاورجان، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۹۷، ۱۷۹-۱۷۸.
- یانگ، ج. (۱۳۸۶). شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت (رویکرد طرح‌واره‌محور). ترجمه حسن حمیدپور و علی صاحبی.
- یانگ، ج؛ کلوסקو، ژ. و ویشار، م. (۱۳۸۶). طرح‌واره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، انتشارات ارجمند، تهران.
- Baranoff and Tian. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 2, 78-86.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Delattre, et al. (2004). The Early Maladaptive Schemas: A Study in Adult Patients with Anxiety Disorders, *Encephale*; 30 (3): 255-8.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. and Covi, L.(1973). *SCL-90-R. Psychopharmacol, Bull*, 9, 13-28.
- Dugas, M.J. and Robichaud, M. (2007). Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: *From Science to Practice*. New York: Guilford Press.

- Harris & Curtin. (2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 3, 405-416.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H., Haugum, J.A., etal. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 627- 644.
- Kessler, R.c., Gonagle, K.A. Zhao, S. Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman. S. & Wittchen. H. U. (1994). Lifetime and 12-month and 12-month prevalence of DSM.III.R psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General psychiatry*, 51, 8-19.
- Marmon, et al. (2004). Images of Mother, Self, and God as Predictors of Dysphoria in Non-clinical Samples, *Personality and Differences* 36.
- McGinn, L.K., Cukor, D. & Sanderson, W.C. (2005). The relationship between Parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early Adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive Style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 2, 219-242.
- Moneiro S., Fernandes da Silva, C, Pereira A, Vaz Serra A.(2011). P02-59 - Risk factors for depression in young adulthood: pessimism, dysfunctional attitudes and neuroticism. *European Psychiatry*; 26(1), 654.
- Rapee, R.M. (2001). The development of Generalized anxiety. In. W.M. Vasey Q.M.R. Dadds (Eds.), *Developmental psychopathology of anxiety* (pp. 482-503). New York: Oxford University press.
- Reinecke & Simons. (2005). Vulnerability to Depression among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment, *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(2), 166-176.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2011). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*.
- Rijkeboer, M.M., & de Boo, G.M. (2009). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (2), 102-109.
- Sheffield, A., Waller, G., Emauelli, F., Murrey, J. & Meyer, C. (2005). Link between parenting and core belief: Preliminary psychometric, validation of

-
- young parenting inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 29(6), 787-802.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodeling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turner, Ro. & Cooper. (2005). Parental Bonding and Disorder Symptoms in Adolescents: *The Meditating Role of Core Beliefs, Eating Behaviours* 6, 113-118.
- Wang, CEA., Halvorsen, M., Eisemann, M., Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 41(4), 389-396.
- Wells, A.Q., & Carter, K. (2006). Generalized anxiety disorder. In. A. Carr, & Q. M. McNulty (Eds.), *The handbook of adult clinical psychology* (pp. 423-430).
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema questionnaire*. New York: *Cognitive Therapy Centre of New York*.
- Young, J., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, New York: Guilford Publications.
- Young, (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*, Available at <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs.htm>.