

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۲/۰۴

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۴/۲۰

DOI: 10.22055/jacp.2017.18446.1022

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، تابستان ۱۳۹۵
دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۲
ص: ۸۳-۹۴

مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای نشانه‌های غیربالینی اضطراب، افسردگی و افراد سالم

خدیجه پورمحمود حاجیلاری^۱، منصور بیرامی^۲، تورج هاشمی نصرت‌آباد^۳
و سمیه سعیدی دهقانی^{۴*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد با نشانه‌های غیربالینی اضطراب، افسردگی و افراد سالم انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری شامل دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهرستان چابهار بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰۰ نفر (۲۰۰ نفر مضطرب، ۲۰۰ نفر افسرده و ۲۰۰ نفر سالم) انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که افراد افسرده، نسبت به دو گروه دیگر، طرحواره با معیارهای سرسختانه‌ی بارزتری داشتند و از سوی دیگر افراد افسرده و مضطرب، نسبت به افراد سالم، نمرات بیشتری در طرحواره‌ی وابستگی/بی‌کفایتی به دست آوردند. می‌توان نتیجه گرفت که 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.

کلید واژگان: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نشانه‌های غیربالینی، اضطراب، افسردگی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

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

مقدمه

اختلال افسردگی و اضطراب از جمله حالت‌های عاطفی-خلقی هستند که نسبت قابل توجهی از افراد، از این حالات در رنج هستند (قاسم‌زاده، ۱۳۶۶). شاید هیچ موضوعی در روان‌شناسی نابهنجاری تا این حد گریبان ما را نگرفته است، زیرا اولاً احساسات ناخوشایند ترس و تشویش و بی‌لذتی را در خود دارند، درثانی در بسیاری از آسیب‌ها و اختلالات روانی به صورت همبود دیده می‌شوند و همچنین نقش مهمی در بررسی روان‌شناسی افراد بهنجار ایفا می‌کنند، چون احساسی هستند که بدون شک در زندگی همه افراد تجربه می‌شوند (دیویسون، نیل و کرینگ، ۲۰۰۷).

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی هستند که در آن‌ها واکنش‌های هیجانی، شدیدتر و ماندگارترند (کسلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). درصد بسیار زیادی از افراد هر جامعه در شرایط زمانی خاص، به دلیل انواع تنش‌ها و فقدان، روابط میان‌فردی ناسالم، مشکلات و درگیری‌های خانوادگی و زناشویی ممکن است دچار افسردگی شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰، ترجمه گنجی، ۱۳۸۱). کسانی که به افسردگی دچار می‌شوند دلسردی و نومییدی شدیدی را تجربه می‌کنند که معمولاً با زندگی خانوادگی، شغلی و یا موقعیت‌های اجتماعی آن‌ها تداخل دارد (استراک^۳، ۲۰۰۵).

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 را داشته باشند (ترنر، رز و کوپر^۴، ۲۰۰۵). با شناخت عوامل ایجاد کننده و تشدید کننده اضطراب و افسردگی می‌توان آسیب‌پذیری افراد را به هر کدام از این دو اختلال مشخص کرد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. (اسکات و یانگ^۵، ۲۰۰۶). با ریشه‌یابی افسردگی و اضطراب در می‌یابیم که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و روش‌های ناکارآمدی که بیماران از راه آن‌ها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیابند، اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور یک مثل اضطراب، افسردگی، سوء‌مصرف مواد و اختلالات روان‌تنی به شمار می‌روند.

در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت

-
1. Kessler
 2. American Psychiatry Association
 3. Strach
 4. Turner, Rose, & Cooper
 5. Scott & Young

یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. این مفهوم در بین اکثر شناخت درمانگران با معانی تقریباً مشابهی به کار رفته است و اکثر آن‌ها طرحواره را در قالب گزاره می‌نگرند و تنها تیزدل و بارنارد^۱ (۱۹۹۳) طرحواره را در سطحی بالاتر و به معنای ضمنی (فراگزاره‌ای) تعریف می‌کند. بنابراین یک طرحواره را می‌توان طرح کلی تحمیل شده بر تجربه تلقی کرد که به افراد کمک می‌کند تا آن را توضیح دهند، در ادراک و استنباط وساطت کرده و واکنش‌ها را هدایت می‌کند (یانگ، کلووسکو^۲ و ویشار^۳، ۲۰۰۳؛ فریمن و فاسکو^۴، ۲۰۰۴).

یانگ (۲۰۰۱) طرحواره‌های ناسازگار را براساس نیازهای هیجانی ارضاننده، به پنج حوزه تقسیم نمود (هوفارت^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) که در نتیجه ارضانشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودابرازی، خودانگیختگی، 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، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی می‌شود. حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل که شامل طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحول نیافته/گرفتار و شکست می‌شود. حوزه سوم: حوزه محدودیت‌های مختل که شامل دو طرحواره استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی است. حوزه چهارم: دیگر جهت‌مندی است که شامل دو طرحواره اطاعت و ایثار می‌باشد و حوزه پنجم گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری است که شامل دو طرحواره بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه می‌شود و همچنین شامل استانداردهای غیر واقع‌بینانه‌ای است که با تمایل بر تمرکز به شرایط، برون‌دادها و رفتارهای منفی مرتبط است تا شرایط، برون‌دادها و رفتارهای مثبت (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (دلتر^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ سیسرو، مارمون، بیتل، هاتز و جونز^۷، ۲۰۰۴؛ و تیلور^۸، ۲۰۰۱). یانگ (۲۰۰۱) مدل

1. Teasdale & Barnard
2. Klosko
3. Weishaar
4. Freeman & Fusco
5. Hoffart
6. Delattre
7. Cecero, Marmon, Beitel, Hutz, & Jones
8. Taylor

طرحواره‌ای خود را برای تشریح آسیب‌شناسی ارائه کرده‌است 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 در فرزندان است (شفیلد، والر، اوموئلی، مایر، موری^۱، ۲۰۰۵).

هالورسن، ونگ، ایسمن و واترلوک^۲ (۲۰۰۹) با مطالعه ۱۴۰ بیمار افسرده بالینی و افرادی که تا به حال افسرده نشده‌اند به تفاوت‌های معنی‌داری در رابطه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دست یافتند و توصیف نمودند که طرحواره‌های اطاعت/ خودکنترلی ناکافی و محدودیت‌های مختل، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای علائم افسردگی بودند.

کاراما و کالواته^۳ (۲۰۱۲) در تحقیق خود دریافتند که بین علائم اضطرابی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد. از دیگر سو، ولز و کارتر^۴ (۲۰۰۶) در مطالعه خود، طرحواره به‌خصوصی را مرتبط با عامل اضطراب نمی‌دانند 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 طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مضطرب فعال‌تر است. در مقابل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دیدگاه‌های 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، لبتال، پیترز، آرنتز و هیوبرز^۵، ۲۰۱۱؛ وانگ، هالورسن، ایسمن و واترلوک، ۲۰۱۰). برخی مطالعات عدم ارتباط یا ارتباط منفی بین طرحواره‌های ناسازگار به‌ویژه ایثار و گرفتاری با اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی را گزارش می‌کنند (ریجکبوور و دیبو^۶، ۲۰۰۹؛ منتظری، فارسانی، مهرابی و شکیب، ۱۳۹۱).

با توجه به ادبیات پژوهش، تحقیق حاضر درصدد است که به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد با نشانه‌های غیربالینی اضطراب و افراد با نشانه‌های غیربالینی افسردگی و افراد سالم، پردازد.

1. Sheffield, Waller, Emaulli, Murrey, & Meyer
2. Halvorsen, Wang, Eisemann, & Waterloo
3. Camara & calvate
4. Wells & Carter
5. Renner, Lobbstaal, Peeters, Arntz, & Huibers
6. Rijkeboer & De Boo

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۵-۱۸ ساله 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 با نشانه‌های غیربالینی افسردگی و ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان با نشانه‌های غیربالینی اضطراب و ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان فاقد نشانه‌های غیربالینی افسردگی و اضطراب غربال شدند و به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل عدم وجود مشکل روانی، حفظ اطلاعات شخصی و رضایت کامل شرکت‌کنندگان بود. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ بین هر سه گروه اجرا شد و به این ترتیب داده‌ها 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.

ابزار پژوهش

چک‌لیست تجدیدنظر شده ۹۰ نشانه مرضی^۱. فرم اولیه چک‌لیست تجدیدنظر شده ۹۰ نشانه مرضی به وسیله دراگوتیس، لیمپن و کووی^۲ (۱۹۷۳) تهیه گردید. دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۴) پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست ۹۰ نشانه مرضی تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سؤال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) است. 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. مواد این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از: شکایت جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی (به نقل از لیتم و بابیج^۳، ۲۰۰۰). در تحقیق بساک‌نژاد، غفاری، باژخ و خواجه (۱۳۸۹)، ضرایب پایایی (آلفای کرونباخ) به ترتیب برای ابعاد نه‌گانه فوق، ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۹ به‌دست آمده‌اند که

1. Symptom Checklist 90 Revised
2. Deragtis, Limpman, & Covi
3. Leathem & Babbage

همگی از نظر روان‌سنجی در حد مطلوبی است.

زمان لازم برای اجرای آزمون مذکور ۱۲ تا ۱۵ دقیقه می‌باشد ولی افراد جدی ممکن است طی ۳۰ دقیقه یا بیشتر آن را تکمیل نمایند. ضمناً چنانچه آزمودنی به بیش از ۲۰ درصد همه سؤال‌های شناسه و یا به بیش از ۴۰ درصد سؤال‌های 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^۱. این پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط یانگ و بارون^۲ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (اوی و بارانف^۳، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۵) بر دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. در پژوهش شهامت، ثابتی و رضوانی (۱۳۸۹)، آلفای به‌دست آمده، ۰/۹۶ و آلفای مربوط به طرحواره‌ها به این شرح بوده است: رهاسدگی/بی‌ثباتی: ۰/۷۰، بی‌اعتمادی/بدرفتاری: ۰/۸۱، انزوای اجتماعی/بیگانگی: ۰/۷۹، نقص/شرم: ۰/۸۹، محرومیت هیجانی: ۰/۸۶، وابستگی/بی‌کفایتی: ۰/۸۴، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری: ۰/۸۴، خودتحويل نیافته/گرفتار: ۰/۷۷، شکست: ۰/۸۹، استحقاق/بزرگ‌منشی: ۰/۸۹، خودکنترلی ناکافی: ۰/۷۱، اطاعت: ۰/۸۲، فداکاری: ۰/۸۲، بازداری هیجانی: ۰/۸۹، معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی: ۰/۶۹.

یافته‌ها

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.

1. Young Schema Questionnaire
2. Brown
3. Oei & Baranoff

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

| متغیر / گروه | میانگین/انحراف معیار | مضطرب | افسرده | سالم |
|----------------|----------------------|-------|--------|-------|
| وابستگی | M | ۱۰/۸۱ | ۱۱/۳۴ | ۱۰/۷۱ |
| | SD | ۵/۳۴ | ۵/۴۰ | ۵/۲۷ |
| اطاعت | M | ۱۱/۳۴ | ۱۲/۲۰ | ۱۰/۶۰ |
| | SD | ۵/۲۴ | ۵/۲۷ | ۴/۸۱ |
| ایثار | M | ۱۳/۵۴ | ۱۳/۶۷ | ۱۳/۷۲ |
| | SD | ۴/۴۷ | ۴/۳۶ | ۴/۶۱ |
| معیار سرسختانه | M | ۱۶/۳۴ | ۱۷/۱۶ | ۱۶/۲۱ |
| | SD | ۴/۹۷ | ۴/۵۷ | ۵/۱۳ |
| استحقاق | M | ۱۵/۱۵ | ۱۵/۹۷ | ۱۴/۶۱ |
| | SD | ۵/۰۴ | ۵/۱۰ | ۴/۷۶ |

بر اساس جدول ۱ می‌توان نتیجه گرفت که میزان وابستگی/بی‌کفایتی و معیارهای سرسختانه در گروه افسرده نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است. از سوی دیگر، میزان استحقاق/بزرگ‌منشی و اطاعت، در گروه سالم نسبت به دو گروه دیگر کمتر و میزان ایثار بالاتر است.

جهت استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا، ام‌باکس با $F = ۱/۳۶$ و $Sig = ۰/۱۸$ جهت بررسی ماتریس کوواریانس معنی‌دار نبود از سوی دیگر، پیش‌فرض کرویت متغیرهای مورد مطالعه با $Sig = ۰/۰۰۱$ و $۵۳/۶۲$ محقق شده است. همچنین بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس خطا نشان داد که گروه‌های مورد مطالعه در همه متغیرهای مورد بررسی دارای واریانس خطای همسان می‌باشند، چرا که F محاسبه شده در تک‌تک متغیرهای موردنظر در سطح $(p < ۰/۰۵)$ معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه

| متغیر | آزمون | اندازه | F | df ₁ | df ₂ | Sig | ضریب اتا |
|-------|---------------|--------|-------|-----------------|-----------------|-------|----------|
| گروه | لامبدای ویلکس | ۰/۹۲ | ۳۱/۶۵ | ۴۰ | ۵۷۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۶ |

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد گروه‌های سه‌گانه مورد مطالعه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به صورت ترکیبی تفاوت معنی‌دار با یکدیگر دارند، چرا که F محاسبه شده ($F = ۳۱/۶۵$) مربوط به آزمون لامبدای ویلکس در سطح ($p < ۰/۰۵$) معنی‌دار است. جدول‌های ۳ و ۴ به ترتیب نتایج تحلیل واریانس یک‌متغیره تفاوت گروه‌ها و مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهند.

جدول ۳. تحلیل واریانس یک‌متغیره تفاوت گروه‌ها در متغیرها

| متغیر | F | Sig | اندازه اثر |
|--------------------|------|------|------------|
| وابستگی/ بی‌کفایتی | ۲/۹۱ | ۰/۰۱ | ۰/۳۶ |
| اطاعت | ۱/۴۹ | ۰/۱۵ | ۰/۰۳ |
| ایثار | ۰/۰۸ | ۰/۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| معیارهای سرسختانه | ۲/۱۹ | ۰/۰۲ | ۰/۲۳ |
| استحقاق/ بزرگ‌منشی | ۱/۳۱ | ۰/۳۱ | ۰/۰۱ |

جدل ۴. مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه

| گروه | متغیر | آماره بونفرنی | سطح معنی‌داری |
|--------|------------------|---------------|---------------|
| افسرده | وابسته/بی‌کفایتی | ۳/۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| مضطرب | وابسته/بی‌کفایتی | ۳/۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| افسرده | معیار سرسختانه | ۲/۸۱ | ۰/۰۱ |
| افسرده | معیار سرسختانه | ۳/۱۴ | ۰/۰۰۱ |

مندرجات جدول ۳ و همچنین جدول ۴ (جدول مقایسه‌های زوجی) نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه، در طرحواره‌های وابستگی/ بی‌کفایتی ($F=۲/۹۱$ ، $p < ۰/۰۵$) و معیارهای سرسختانه ($F=۲/۱۹$ ، $p < ۰/۰۵$)، تفاوت وجود دارد. به این صورت که افراد افسرده نسبت به دو گروه دیگر در طرحواره معیارهای سرسختانه نمرات بیشتری دارند و میزان طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی در افراد افسرده و مضطرب نسبت به افراد سالم بیشتر است. از سوی دیگر، نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت چندانی در طرحواره‌های اطاعت ($F=۱/۴۹$ ، $p < ۰/۰۵$)، ایثار ($F=۰/۰۸$ ، $p < ۰/۰۵$) و استحقاق/ بزرگ‌منشی ($p < ۰/۰۵$)، $F=۱/۳۱$) وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد با نشانه‌های غیربالینی اضطراب، افسردگی و افراد سالم بود. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که طرحواره معیارهای سرسختانه در افراد افسرده نسبت به مضطرب و سالم، شدیدتر و بارزتر است. یافته حاضر در مورد این طرحواره، با پژوهش منتظری و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر این‌که با بالا رفتن نمرات معیار سرسختانه، علائم افسردگی افزایش پیدا می‌کند، همسو است. در این باره باید گفت، حوزه گوش‌بزدلی و بازداری بیش از حد، شامل دو طرحواره است که یکی منفی‌گرایی و بازداری هیجانی و دیگری معیارهای سرسختانه است که عبارت است از باور اساسی مبنی بر این‌که یک شخص باید برای رسیدن به معیارهای عالی درونی شده درباره رفتار و عملکرد خود کوشش فراوانی انجام دهد که این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد. چنین حالتی غالباً در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که تحت فشارند، نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب‌جویی می‌کنند و مشکل دارند. اغلب باعث ایجاد نقص‌های مهمی در لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، حس پیشرفت یا روابط رضایت‌مندانه می‌شود. چنانچه مدل‌های نظری مختلفی فرض می‌کنند که افراد مضطرب نسبت به تهدید گوش‌بزدلی هستند. به‌عنوان نمونه، کلارک و بک (۱۹۹۷) در واقع افراد مضطرب، گرایش به استفاده از راهکارهای گوش‌بزدلی دارند.

از سوی دیگر نتایج نشان می‌دهد که افراد مضطرب و افسرده نسبت به سالم، طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی بارزتری دارند. این نتیجه با یافته هریس و کرتن^۱ (۲۰۰۲) و اشمیت^۲، جویز^۳، یانگ و تلس^۴ (۱۹۹۵) همسو است. در این باره می‌توان گفت افراد دارای طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی این باور را دارند که نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره (مراقبت از دیگران، حل مشکلات روزانه، تلاش برای قضاوت خوب، از عهده تکالیف جدید برآمدن و تصمیم‌گیری صحیح) را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران به‌طور قابل قبولی انجام دهند که این حالت اغلب به‌صورت درماندگی ظاهر می‌شود.

بخش نهایی نتایج نشانگر این است که بین افراد افسرده، مضطرب و سالم، در طرحواره استحقاق/بزرگ‌منشی، اطاعت و ایثار تفاوت وجود ندارد. در مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۹۱) نیز بین دو طرحواره ایثار و گرفتاری با افسردگی رابطه‌ای وجود نداشت. این دو

-
1. Harris & Curtin
 2. Schmidt
 3. Joiner
 4. Telch

طرحواره در کودکی ممکن است سازگارتر بوده یا هنوز شکل نگرفته باشند (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱). با این وجود، در این خصوص نیازمند پژوهش‌های 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 از عمده‌ترین محدودیت‌های این تحقیق، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی و نمونه دانش‌آموزی بود که در تعمیم‌دادن نتایج به جمعیت‌های دیگر مشکل 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.

منابع

فارسی

- انجمن پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *راهنمای عملی درمان افسردگی*. ترجمه مهدی گنجی (۱۳۸۱). (چاپ دوم). تهران: نشر ویرایش.
- آهی، قاسم (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- بساکن‌نژاد، سودابه؛ غفاری، مجید؛ پاژخ، الهام؛ و خواجه، نیلوفر (۱۳۸۹). *شیوع سابقه اقدام به خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی در دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی خوابگاه‌های دانشجویی*. پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی، دانشگاه شاهد، تهران.
- دیویسون، جرالدهی؛ نیل، جان‌ام؛ و کرینگ، آن‌ام (۲۰۰۷). *آسیب‌شناسی روانی* (جلد یک). ترجمه مهدی دهستانی (۱۳۸۴). تهران: نشر ویرایش.
- شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ و رضوانی، سمانه (۱۳۸۹). *بررسی رابطه سبک فرزندپروری و طرحواره‌های رناسازگار اولیه*. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.
- قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۶۶). *مروری بر مسائل قابل بحث در رفتاردرمانی وسواس*. *مجله دانشکده پزشکی تهران*، ۶، ۶۵-۵۳.
- منتظری، محمدصادق؛ کاوه فارسانی، ذبیح‌الله؛ مهربانی، حسین‌علی؛ و شکیبیا، عباس (۱۳۹۱). *بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر شهرستان فلاورجان*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازاندران*، ۲۳(۹۸)، ۱۸۸-۱۷۹.

لاتین

- Camara, M., & Calvate, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Cecero, J. J., SMarmon, T., Beitel, M., Hutz, A., & Jones, C. (2004). Images of Mother, self, and god as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personlity and Differences*, 36(7), 1669-1680.
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). The early maladaptive schemas: A study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale*, 30(3), 255-258.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacol Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Freeman, A., & Fusco, G. M. (2004). *Borderline personality disorder: A therapist guide to taking control*. USA: Norton.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, E., & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-Year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (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., Nordahl, H. M., Hovland, O. J., & Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 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(1), 8-19.
- Leathem, J. M., & Babbage, D. R. (2000). Affective disorders after traumatic brain injury: Cautions in the use of the Symptom Checklist-90-R. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(6), 1246-1255.
- Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2007). Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.

- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590.
- 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.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Scott, H. K., & Young, E. J. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- 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.
- Strach, S. (2005). *Hand book of personology and psychopatology*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodeling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M.J. (2005). Parental bonding and disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eating Behaviours*, 6(2), 113-118.
- Wang, C. E. A., 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). English: Routledge Publishing.
- Young, J. (2001). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.
- Young, J. E., & Brown, G. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.