

مقایسه طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس- اجباری و گروه غیربالینی

حبیب الله نادری^۱ رقیه رمضان زاده عالیزمینی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۳۰

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۲۸

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس- اجباری و گروه غیربالینی بوده است. به این منظور تعداد ۵۰ آزمودنی در دو گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس- اجباری (۷ زن و ۱۸ مرد) و گروه غیربالینی (۸ زن و ۱۷ مرد) به روش تصادفی انتخاب و پرسشنامه طرحواره‌های سازش نیافته اولیه (EMSS) یانگ- فرم ۹۰ سؤالی را تکمیل نمودند. نتایج میانگین و انحراف استاندارد بین دو گروه در برخی طرحواره‌ها معنادار بود. تحلیل نتایج بدست آمده با استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت دو گروه در طرحواره‌های ایثار ($t(2, 48) = 4.17; p < .001$)، بازداری هیجانی ($t(2, 48) = 18.81; p < .001$)، معیارهای پشتکار ($t(2, 48) = 18.6; p < .001$)، محق بودن/برتری داشتن ($t(2, 48) = 2.82; p < .005$)، خودتنبیهی ($t(2, 48) = 3.19; p < .005$) معنادار می باشد. با توجه به یافته‌ها به نظر می رسد که مطالعه طرحواره‌ها یکی از روش‌های کارآمد برای پی بردن به عوامل زیربنایی مرتبط با مشکلات شخصیتی است. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های بعدی، دیگر اختلالات شخصیتی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: طرحواره سازش نیافته اولیه، اختلال شخصیت، بیماران، وسواس-

اجباری.

^۱ استادیار دانشگاه مازندران، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه علوم تربیتی

naderihabibollah@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

Roghayeh ramazani@yahoo.com

مقدمه

کلمه "طرحواره" در حوزه‌های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است. طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب، یا چهارچوب ذهنی تعریف می‌شود. در روانشناسی، واژه طرحواره یادآور مطالعات پیازنه است. در حوزه تحول شناختی، طرحواره قالب یا چارچوبی است که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. در این حوزه، طرحواره به عنوان "نقشه شناختی انتزاعی" در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۶ و ۷). بیش از ۳۵ سال قبل، بک (۱۹۶۷ و ۱۹۷۶) بر نقش طرحواره‌های شناختی به عنوان عامل اساسی در نظریه اختلال هیجانی‌اش تأکید کرد. طرحواره‌ها نقش اساسی در تحول و حفظ اختلالات روانشناختی همانند دوره‌های عود و بازگشت، دارند (ریزو و همکاران^۱، ۲۰۰۷، ص ۳).

در حوزه شناخت‌درمانگری بک (۱۹۶۷)، طرحواره به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم مهم حوزه روان‌درمانگری، این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، در طول زندگی تداوم می‌یابند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند؛ حتی اگر هیچ کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله، همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به "همسانی شناختی"^۲ از آن یاد می‌شود، یعنی "حفظ دیدگاهی باثبات درباره خود یا دیگران"؛ حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد. با این تعریف کلی، طرحواره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا سازش نایافته باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر تعدی زندگی شکل بگیرد (یانگ، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۹، ص ۲۹ و ۳). از دیدگاه یانگ (۱۹۹۵) طرحواره‌های سازش نایافته اولیه موضوعات بسیار پایدار و باثباتی هستند که در طول کودکی تحول یافته و در سرتاسر زندگی گسترش می‌یابند. یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) برخی از این طرحواره‌ها- به ویژه مواردی که حاصل تجارب ناگوار^۳ دوران کودکی هستند- را هسته اصلی اختلالات شخصیت،

1 Riso, du Toit, Stein, Young

2 cognitive consistency

3 toxic

مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I می‌داند و در بررسی دقیق‌تر این فکر، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که آن‌ها را "طرحواره‌های سازش نیافته اولیه" می‌نامد (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۷). اهمیت طرحواره در تحول و حفظ آسیب‌شناسی روانی، در درمان‌های مقاوم، و در ارتباط با اختلالات شخصیت محور II در DSM-IV قابل ملاحظه است (ریزو و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۶).

طرحواره‌های سازش نیافته اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودتخریب‌گری هستند که از آغاز تحول روانی شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند. مهم‌ترین مشخصات طرحواره‌های سازش نیافته اولیه عبارتند از: ۱- الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیر هستند، ۲- از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، ۳- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، ۴- در سیر زندگی تداوم می‌یابند، ۵- درباره خود و رابطه با دیگران هستند (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۷). ۶- خود-تداوم‌بخش‌اند^۱، بنابراین، در برابر تغییر مقاوم هستند (صلواتی، یک‌ه‌زدان‌دوست، و کاویانی، ۱۳۸۸، ص ۱۸).

در شکل‌گیری طرحواره‌ها عواملی چون تجارب اولیه زندگی و مزاج‌های هیجانی نقش اساسی دارند. مبانی تحولی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است. طرحواره‌هایی که زودتر به وجود می‌آیند و معمولاً قوی‌ترین هستند، از خانواده‌های هسته‌ای^۲ نشأت می‌گیرند. تا حد زیادی، پویایی‌های خانواده، در پویایی‌های جهان ذهنی کودک انعکاس می‌یابند. هنگامی که در موقعیت‌هایی از زندگی بزرگسالی، طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بیماران فعال می‌شوند، معمولاً خاطره‌ای هیجان‌انگیز را از دوران کودکی خود تجربه می‌کنند. هم‌زمان با تحول کودک، سایر عوامل تأثیرگذار مانند همسالان، مدرسه، انجمن‌های گروهی و فرهنگ، به طور روزافزونی اهمیت یافته و در شکل‌گیری طرحواره‌ها نقش بازی می‌کنند. با این حال، طرحواره‌هایی که بعداً در سیر تحول شکل می‌گیرند، زیاد عمیق و نیرومند نیستند (یانگ، ۲۰۰۳).

1 Self-Perpetuating

2 nuclear family

علاوه بر محیط زندگی اولیه، عوامل دیگری نیز در شکل‌گیری طرحواره‌ها نقش بازی می‌کنند که در این میان، مزاج هیجانی^۱ کودک از اهمیت فراوانی برخوردار است. اکثر والدین، خیلی زود به این نکته پی می‌برند که هر کودکی از زمان تولد، شخصیت یا مزاج منحصر به فرد و متمایزی دارد. برخی از کودکان تحریک‌پذیرند، برخی خجالتی و برخی دیگر نیز پرخاشگرند. تعامل مزاج هیجانی کودک با وقایع دردناک دوران کودکی، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌ها می‌شود. مزاج‌های متفاوت، کودکان را در معرض شرایط گوناگونی قرار می‌دهد. به عنوان مثال، یک کودک پرخاشگر در مقایسه با یک کودک فعل‌پذیر و پذیرا، بیشتر احتمال دارد مورد بدرفتاری بدنی والدین خشن خود قرار بگیرد (یانگ، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۹، ص ۳۵ و ۳۶).

طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه دو کارآمدی اصلی در زندگی دارند که عبارتند از: تداوم و بهبود طرحواره. هر فکر، احساس، رفتار و تجربه مرتبط با طرحواره را می‌توان تداوم‌بخش آن-تثبیت‌کننده و تقویت‌کننده آن-یا بهبوددهنده طرحواره- تضعیف‌کننده آن- در نظر گرفت.

طرحواره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌هاست: به هر چیزی که بیمار انجام می‌دهد (درونی^۲ یا رفتاری) تا وضعیت کنونی طرحواره را حفظ کند، تداوم طرحواره گویند که توسط سه سازوکار اولیه تداوم می‌یابند: تحریف‌های شناختی^۳، الگوهای زندگی خود-تخریبگر^۴، و سبک مقابله‌ای فرد و بهبود^۵ طرحواره به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود: بار هیجانی خاطرات مرتبط با طرحواره، فعال شدن هیجانی طرحواره، نیرومندی احساس‌های بدنی و سازش‌نا یافتگی شناخت (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۳۱ و ۳۲). بهبود طرحواره همچنین یک سری تغییرات رفتاری به دنبال دارد به طوری که بیماران یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله‌ای سازگار را جانشین سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نا یافته کنند (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۳۰ و ۳۱). اغلب روند بهبود طرحواره، دشوار و طولانی

1 emotional temperament

2 Internally

3 cognitive distortions

4 self-defeating life patterns

5 Healing

است. طرحواره‌ها به سختی تغییر می‌کنند، چون عمیقاً با باورهای فرد راجع به خود و محیط پیرامونش گره خورده‌اند (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۳۱ و ۳۲).

بیماران در اوایل زندگی به منظور سازش با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای سازش نیافته را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و مستاصل‌کننده را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود. اگرچه گاهی سبک‌های مقابله‌ای به بیمار کمک می‌کنند تا از طرحواره اجتناب کند، ولی در عمل باعث بهبود طرحواره نمی‌شوند. از این رو تمام سبک‌های مقابله‌ای در نقش فرآیند تداوم طرحواره، عمل می‌کنند. همانطوری که تمام موجودات زنده در مقابل تهدید، سه واکنش اساسی جنگ، گریز، و بی‌حرکت شدن^۱ نشان می‌دهند. این سه واکنش با سه سبک مقابله‌ای جبران مفرط^۲، اجتناب^۳ و تسلیم^۴ همخوانی دارند. جبران مفرط را می‌توان به عنوان تلاش نسبتاً سالمی جهت حمله متقابل علیه طرحواره در نظر گرفت که متأسفانه به هدف خود دست نمی‌یابد و به جای بهبود طرحواره، منجر به تداوم آن می‌شود. وقتی بیماران، سبک مقابله‌ای اجتناب را به کار می‌برند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرحواره هیچ وقت فعال نشود. هنگامی که بیماران، تسلیم طرحواره می‌شوند، به درست بودن آن گردن می‌نهند و هیچگاه سعی نمی‌کنند با آن بجنگند یا از آن اجتناب کنند، بلکه می‌پذیرند که طرحواره درست است (یانگ، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۹، ص ۵۹).

هجده طرحواره بر طبق پنج نیاز هیجانی ارضاء نشده^۱. دل‌بستگی ایمن به دیگران (نیاز به ایمنی، ثبات، محبت و پذیرش)،^۲ خودپیروی، کفایت و هویت،^۳ آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم،^۴ خودانگیختگی و تفریح،^۵ محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن-داری تقسیم می‌شوند که آن‌ها را "حوزه‌های طرحواره" می‌نامند. این هجده طرحواره در پنج حوزه طرحواره توضیح داده می‌شوند که شامل: حوزه اول؛ گسستگی و

1 Freeze

2 Overcompensation

3 Avoidance

4 Surrender

طردشدگی^۱ (۱). رهاشدگی/بی‌ثباتی^۲، ۲. بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۳، ۳. محرومیت هیجانی^۴، ۴. نقص/شرم^۵، ۵. انزوای اجتماعی/بیگانگی^۶؛ حوزه دوم؛ خودپیروی و کارآمدی مختل شده^۷ (۶). وابستگی/بی‌کفایتی^۸، ۷. آسیب‌پذیری در مقابل آسیب یا بیماری^۹، ۸. خودتحوّل نیافته/گرفتار^{۱۰}، ۹. شکست^{۱۱}؛ حوزه سوم؛ محدوده‌های مختل شده^{۱۲} (۱۰). محق بودن/خود بزرگ‌بینی^{۱۳}، ۱۱. خود مهارگری و انضباط ناکافی^{۱۴}؛ حوزه چهارم؛ دیگرجهت‌دهی^{۱۵} (۱۲). سلطه‌پذیری^{۱۶}، ۱۳. ایثار^{۱۷}، ۱۴. تأییدطلبی/حرمت خود^{۱۸}؛ و حوزه پنجم؛ مراقبت مفرط و بازداری^{۱۹} (۱۵). منفی‌گرایی/بدبینی^{۲۰}، ۱۶. بازداری هیجانی^{۲۱}، ۱۷. معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی مفرط^{۲۲}، ۱۸. تنبیه‌گری^{۲۳}).

مطالعات متعددی رابطه بین طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و اختلالات شخصیت در DSM-IV-TR را بررسی کردند. مشخصه‌های اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، محدود بودن هیجانانگیز، منظم و مرتب بودن، مداومت و پافشاری، سرسختی و بی‌انعطافی، و بلاتصمیمی است. ویژگی محوری این اختلال کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به صورت

- 1 Disconnection and Rejection
- 2 Abandonment/Instability
- 3 Mistrust/Abuse
- 4 Emotional Deprivation
- 5 Defectiveness/Shame
- 6 Social Isolation/Alienation
- 7 Impaired Autonomy and Performance
- 8 Dependence/Incompetence
- 9 Vulnerability to Harm or Illness
- 10 Enmeshment/Undeveloped Self
- 11 Failure
- 12 Impaired Limits
- 13 Entitlement/Grandiosity
- 14 Insufficient Self-Control/Self-Discipline
- 15 Other-Directedness
- 16 Subjugation
- 17 Self-Sacrifice
- 18 Approval-Seeking/Recognition-Seeking
- 19 Overvigilance and Inhibition
- 20 Negativity/Pessimism
- 21 Emotional Inhibition
- 22 Unrelenting Standards/Hypercriticalness
- 23 Punitiveness

الگوی فراگیر است. مطالعاتی نظیر هالورسن (۲۰۰۹ به نقل از سیم^۱، ۲۰۱۰) در بررسی ارتباط بین اختلالات شخصیتی و طرحواره‌های سازش نیافته اولیه پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بین اختلالات شخصیت و طرحواره‌های سازش نیافته اولیه رابطه وجود دارد؛ سیم (۲۰۱۰ و ۲۰۱۱) طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و مدل ۵ عاملی شخصیت را در بین افراد با اختلالات شخصیت بررسی و ارتباط بین طرحواره و اختلال شخصیت را گزارش داد. در مطالعات نوعی و همکاران (۱۳۸۹) به صورت اختصاصی تر به مقایسه طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و ریشه‌های والدینی آن‌ها در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، اختلال وسواسی-اجباری و گروه غیر بالینی پرداختند و نتایج نشان داد گروه مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری در بیشتر طرحواره‌ها، به استثنای سه طرحواره قربانی کردن خود، شکست، محرومیت هیجانی با گروه غیر بالینی، متفاوت بودند؛ اسکادول^۲ و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای که بین اختلالات شخصیتی انجام دادند، گزارش کردند که اختلال شخصیت وسواسی-اجباری در مقایسه با سایر اختلالات شخصیتی بطور کلی اختلال عملکردی کمتری دارند. با توجه به مسائل و یافته‌های بیان شده این سؤال مطرح می‌شود که طرحواره‌ای سازش نیافته اولیه افراد با اختلالات شخصیت وسواسی-اجباری بیشتر در کدام حوزه از ۵ حوزه طرحواره و ۱۸ طرحواره مطرح می‌باشد؟

روش پژوهش

طرح تحقیق در پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد. به نظر کرلینجر (۱۹۷۰) تحقیق پس‌رویدای(علی-مقایسه‌ای) تحقیقی است که در آن متغیر یا متغیرهای مستقل قبلاً اتفاق افتاده‌اند و محقق با مشاهده متغیر یا متغیرهای وابسته آن‌ها را مورد مطالعه قرار می‌دهد (حسن‌زاده، ۱۳۸۷).

جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی، مراکز مشاوره شهر سنندج، تشکیل دادند. نمونه‌ها

1 Thimm

2 Schodol

شامل تعداد ۲۵ آزمودنی از گروه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، با حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، از بین جامعه در دسترس به عنوان گروه بالینی و نیز ۲۵ نفر از جمعیت عمومی، همراهان و بستگان بیمار که سابقه بیماری روانی نداشته باشند، به عنوان گروه غیر بالینی انتخاب شدند و از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همانند سن، میزان تحصیلات با گروه بیماران (گروه بالینی) هم‌تاسازی شده‌اند.

ابزار پژوهش

آزمون طرحواره یانگ، فرم کوتاه (ویرایش سوم) (YSQ-S3): پرسشنامه طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه، پرسشنامه‌ای استاندارد است که توسط یانگ (۱۹۹۰) ساخته شد. این پرسشنامه خود-گزارشی طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۵ حوزه و ۱۸ حیطه از طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه را اندازه می‌گیرد. هر آیت‌م به وسیله مقیاس درجه بندی ۶ تایی نمره گذاری می‌شود (۱=کاملاً نادرست، ۲= تقریباً نادرست، ۳= بیشتر درست است تا غلط، ۴= اندکی درست، ۵= تقریباً درست، ۶= کاملاً درست). نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع روان‌بند سازش نیافته اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد، که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه در آزمودنی‌هاست.

یانگ، نورمون، اسپچی، و توماس^۱ (۱۹۹۵) ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را بر روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی بررسی کردند و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب (۰/۹۵ و ۰/۸۱) بدست آمد. هم‌چنین در ایران توسط یوسفی، اعتمادی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی پرسشنامه طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری در دو مرحله (مرحله اول ۳۹۴ و مرحله دوم ۱۸۵) بررسی شد. در این بررسی پایایی پرسشنامه طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب

1 Young, J. Norman, S, & Thomas, J.

(۰/۸۶ و ۰/۹۱)، در دختران (۰/۸۴ و ۰/۸۷) و در پسران (۰/۸۴ و ۰/۸۱) بدست آمد و میزان آلفای کرونباخ برای تمام عامل‌ها بالاتر از ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمد. بالاترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به عامل انزوای اجتماعی/بیگانگی ($\alpha = 0.91$) و پائین‌ترین میزان مربوط به عامل خودمهارگری/انطباق ناکافی ($\alpha = 0.81$) بدست آمد و عامل‌های استخراج شده از قابلیت اعتماد بالا و رضایت‌بخش برخوردار بودند.

روش اجرا

افرادی که توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، اختلال شخصیت وسواسی-بی‌اختیاری تشخیص داده شده بودند، به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-II به صورت مجدد تشخیص داده شدند و با کسب رضایت و پس از توضیحاتی در مورد نحوه پرکردن و هدف پرسشنامه، بیماران پرسشنامه را تکمیل کردند. گروه کنترل که به لحاظ سن و تحصیلات با دو گروه بیماران هم‌تا شدند نیز پرسشنامه‌ی فوق را تکمیل کردند.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از روش آزمون t مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS_18 و تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج داده‌های آمار توصیفی مربوط به ۲ گروه شرکت‌کنندگان گروه اول؛ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری (Obsessive Compulsive Personality Disorder. OCPD)، و گروه دوم؛ شرکت‌کننده‌های غیربیمار تحت عنوان گروه غیربالینی (Non Clinical, NC) در جدول ۱ آمده است. میانگین داده‌های بدست آمده گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری در متغیرهای ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای پشتکار، محق بودن/برتری داشتن، خودتنبیهی پائین‌تر از گروه غیربالینی بوده است و در بقیه طرحواره‌ها تفاوت بین میانگین‌ها وجود نداشت.

جدول ۱. داده‌های توصیفی برای برای ۱۸ طرحواره

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۹,۲۴	۲,۷۸
	غیربالینی	۹,۲۴	۲,۸۷
رهاشدگی (بی ثباتی)	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۹,۴۰	۲,۸۸
	غیربالینی	۹,۶۸	۲,۸۳
بی اعتمادی/سوء رفتار	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۸,۶۸	۳,۱۵
	غیربالینی	۸,۸۸	۲,۶۱
انزوای اجتماعی/بیگانگی	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۱۰,۴۸	۳,۳۱
	غیربالینی	۹,۰۴	۲,۸۶
نقص ای/مهری	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۷,۸۸	۲,۷۵
	غیربالینی	۸,۸۸	۲,۹۶
شکست در پیشرفت	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۹,۲	۲,۷۵
	غیربالینی	۸,۸	۲,۵۹
وابستگی ای/کفایتی عملی	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۷,۱۶	۲,۴۷
	غیربالینی	۸,۹۲	۲,۹۲
مستعد آسیب و بیماری	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۹,۳۲	۳,۰۷
	غیربالینی	۸,۵۶	۲,۵۰
گرفتاری	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۱۰,۴	۴,۳۶
	غیربالینی	۹	۲,۳۲
اطاعت	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۹,۸۴	۳,۲۸
	غیربالینی	۹,۲۸	۳,۱۹
ایثار	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۱۴,۴۶	۴,۸۰
	غیربالینی	۱۰,۲۸	۲,۸۹
بازداری هیجانی	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۲۵,۱۶	۳,۱۳
	غیربالینی	۱۰,۳۶	۲,۳۷
معیارهای پشتکار	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۲۶,۶	۲,۸۷
	غیربالینی	۱۰,۸۴	۳,۱۸
محقق بودن/ برتری داشتن	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۱۳,۶۸	۳,۴۸
	غیربالینی	۱۰,۹۲	۳,۴۱
خوابیدن داری ناکافی / خودانضباطی	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری	۱۰,۷۶	۳,۶۵
	غیربالینی	۱۱,۴۴	۷,۲۰

۴,۹۷	۱۳,۶۴	اختلال شخصیت وسواسی-اجباری	تحسین / جست و جوی معرفیت
۳,۸۸	۱۰,۷۲	غیربالینی	
۳,۸۹	۱۱,۵۲	اختلال شخصیت وسواسی-اجباری	نگرانی / بدبینی
۳,۸۲	۱۰,۰۴	غیربالینی	
۳,۷۶	۱۳,۴۴	اختلال شخصیت وسواسی-اجباری	خودتنبه‌ی
۲,۸۱	۱۰,۴۴	غیربالینی	

بعد از تحلیل توصیفی داده‌ها هر یک از فرضیه‌ی پژوهشی به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرند تا متناسب با نتایج به‌دست آمده، از روش‌های آماری، استنباط ارائه شود.

بین هجده طرحواره‌های سازش نیافته اولیه (EMSS) دردو گروه نمونه (مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، و گروه غیربالینی)، تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل داده‌ها با آزمون t مستقل برای ۱۸ طرحواره

متغیر وابسته	t	درجه آزادی	ضریب معناداری
محرومیت هیجانی	۰,۰۰۰	۴۸	۱,۰۰۰
رهاشدگی (بی ثباتی)	-۰,۳۴	۴۸	۰,۷۳۱
بی اعتمادی/سوء رفتار	۰,۲۴-	۴۸	۰,۸۰۸
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱,۶۴	۴۸	۰,۱۰۷
نقص/بی مهری	۱,۲۳-	۴۸	۰,۲۲۲
شکست در پیشرفت	۰,۵۲	۴۸	۰,۶
وابستگی/بی کفایتی عملی	۲,۲۹-	۴۸	۰,۰۲۶
مستعد آسیب و بیماری	۰,۹۵	۴۸	۰,۳۴۳
گرفتاری	۱,۴۱	۴۸	۰,۱۶۴
اطاعت	۰,۶۱	۴۸	۰,۵۴۴
اثر	۴,۱۴	۴۸	۰,۰۰۱
بازداری هیجانی	۱۸,۸۱	۴۸	۰,۰۰۱
معیارهای پشتکار	۱۸,۶	۴۸	۰,۰۰۱
محقق بودن/ برتری داشتن	۲,۸۲	۴۸	۰,۰۰۳
خویشترن داری ناکافی / خودانطباقی	۰,۴۲-	۴۸	۰,۶۷۶
تحسین / جست و جوی معرفیت	۲,۳۱	۴۸	۰,۰۲۵
نگرانی / بدبینی	۱,۳۵	۴۸	۰,۱۸۲

۰,۰۰۳	۴۸	۳,۱۹	خودتنبیهی
-------	----	------	-----------

جدول ۲ مربوط به تفاوت گروه‌ها در هجده طرحواره سازش‌نیافته اولیه (EMS) شامل؛ محرومیت هیجانی، رهاشدگی (بی‌ثباتی)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست در پیشرفت، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در مقابل آسیب یا بیماری، خودتحول‌نیافته/ گرفتار، ایثار، قربانی کردن خود، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، محق بودن/ خودبزرگ‌بینی، خودمهاری/ انضباط ناکافی، تأییدطلبی/ حرمت خود، منفی‌گرایی/ بدبینی، خودتنبیهی می‌باشد. در تحلیل داده‌های پژوهش، تفاوت متغیرهای ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای پشتکار، محق بودن/ برتری داشتن، خودتنبیهی بین دو گروه معنادار بود و این تفاوت معناداری بین دو گروه شامل: ایثار ($t(2, 48) = 4.17; p < .001$)، بازداری هیجانی ($t(2, 48) = 18.81; p < .001$)، معیارهای پشتکار ($t(2, 48) = 18.6; p < .001$)، محق بودن/ برتری داشتن ($t(2, 48) = 2.82; p < .005$)، خودتنبیهی ($t(2, 48) = 3.19; p < .005$) است و در سایر متغیرهای محرومیت هیجانی، رهاشدگی (بی‌ثباتی)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست در پیشرفت، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در مقابل آسیب یا بیماری، خودتحول‌نیافته/ گرفتار، قربانی کردن خود، خودمهاری/ انضباط ناکافی، تأییدطلبی/ حرمت خود، منفی‌گرایی/ بدبینی تفاوت بین دو گروه معنادار نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که هجده طرحواره سازش‌نیافته اولیه (EMS) شامل؛ محرومیت هیجانی، رهاشدگی (بی‌ثباتی)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست در پیشرفت، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در مقابل آسیب یا بیماری، خودتحول‌نیافته/ گرفتار، ایثار، قربانی کردن خود، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، محق بودن/ خودبزرگ‌بینی، خودمهاری/ انضباط ناکافی، تأییدطلبی/ حرمت خود، منفی‌گرایی/ بدبینی، خودتنبیهی در دو گروه نمونه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، و گروه غیربالینی تفاوت معنادار کامل وجود ندارد.

از بین هجده طرحواره سازش نیافته اولیه تفاوت بین دو گروه در پنج طرحواره ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای پشتکار، محق بودن/برتری داشتن، و خودتنبیهی معنادر بود و در سیزده طرحواره دیگر تفاوت معنادار نبود. همان‌طور که مشخصه‌های اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، محدود بودن هیجانانگیز، منظم و مرتب بودن، مداومت و پافشاری، سرسختی و بی‌انعطافی، و بلاتصمیمی است. نتایج این پژوهش نیز بیانگر وجود طرحواره‌های خاصی در افراد با اختلال شخصیت وسواسی-اجباری بود که با ملاک‌های تشخیصی این گروه بیماران هماهنگ بود. پژوهش‌های متفاوتی به بررسی ارتباط بین طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و جنبه‌های مختلف اجتماعی و روانی در بین گروه غیربالینی انجام گرفته است. مطالعه یوسف نژاد و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی ارتباط رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در دانشجویان پرداخت که نتایج پژوهش نشان داد طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی عملی با رضایت از زندگی در ارتباط بود. ذوالفقاری و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش بررسی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی، برای طرحواره‌های محق بودن/برتری داشتن، خویشن‌داری ناکافی/خودانضباطی بیشترین نقش را در عدم صمیمیت زناشویی قائل بودند. در بررسی‌های طرحواره‌های سازش نیافته اولیه مولودی و همکاران (۱۳۸۹) در بین افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری نسبت به افراد فاقد اختلال پرخوری در طرحواره ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، خویشن‌داری ناکافی/خودانضباطی به طور معنادار نمرات بیشتری کسب کردند. اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۰) به طرحواره‌های سازش نیافته اولیه فعال در بیماران اختلال وسواسی-اجباری پرداختند که نتایج نشان داد طرحواره‌های محق بودن/برتری داشتن، معیارهای سرسختانه، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری مربوط به بیماران اختلال وسواسی-اجباری است که این یافته‌ها در جهت تأیید وجود ارتباط بین طرحواره‌ها در بین افراد غیربالینی است. پژوهش‌هایی در حوزه بالینی انجام گرفت. یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر با یافته‌هایی که اسکادول و همکاران (۲۰۰۲)، هالورسن (۲۰۰۹)، سیم (۲۰۱۰، ۲۰۱۱)، و نوعی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی ارتباط بین اختلالات شخصیتی و طرحواره‌های

سازش نیافته اولیه انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بین طرحواره‌ها و اختلالات شخصیت رابطه معنادار وجود دارد که این یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های بدست آمده از این پژوهش می‌باشد و در جهت تأیید فرضیه پژوهش بود. در مطالعات نوعی و همکاران (۱۳۸۹) به صورت اختصاصی تر به مقایسه طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و ریشه‌های والدینی آن‌ها در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، اختلال وسواسی-اجباری و گروه غیر بالینی پرداختند و نشان دادند گروه مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری در بیشتر طرحواره‌ها، به استثنای سه طرحواره ایثار، شکست، محرومیت هیجانی با گروه غیر بالینی، متفاوت بودند که نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر تنها در ۵ طرحواره ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای پشتکار، محق بودن/برتری داشتن، خودتنبیهی بین دو گروه اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و غیر بالینی تفاوت معنادار بوده است که این نتیجه هم‌سو با یافته‌های بدست آمده از پژوهش نوعی و همکاران ۱۳۸۹ بود و در بقیه طرحواره‌ها با یافته‌های پژوهش فوق هم‌سو نبود.

خلاصه این که نتایج بدست آمده و یافته‌های گذشته نشان از اهمیت موضوع طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت دارد. پیشنهاد می‌شود محققین اختلالات دیگر شخصیتی را در نمونه‌های بیشتر و موقعیت جغرافیایی دیگر مورد بررسی قرار دهند. این تحقیق و تحقیقات پیشین، نیاز به تحقیق و پژوهش بیشتر با توجه به یافته‌های متضاد نتایج را می‌دهد. این تحقیق بصورت مقطعی انجام شده است برای تأیید بیشتر یافته‌های انجام پژوهش بصورت طولی می‌تواند کمک کننده باشد.

منابع

- اسماعیلی، علی؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۰). طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه فعال در بیماران اختلال وسواسی-اجباری. *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۱(۲)، ص ۴۳-۲۵.
- حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۸۷). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. (راهنمای علمی تحقیق). تهران، نشر ساوالان.

ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره های سازش نیافته اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه خانواده پژوهی*، سال چهارم، شماره ۱۵.

صلواتی، مژگان؛ یکه‌یزدان‌دوست، رخساره؛ و کاویانی، حسین. (۱۳۸۸). *طرحواره درمانی (راهنمای ویژه متخصصان روانشناسی بالینی)*. تهران، نشر دانژه.

مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته؛ امیدوار، نسرین. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره های سازش نیافته اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد ابتلا به پرخوری. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۴، شماره ۲، ص ۱۱۴-۱۰۹.

نوعی، زهرا؛ اصغر نژادفرید، اصغر؛ فتی، لادن؛ عاشوری، احمد. (۱۳۸۹). مقایسه روان‌بنه‌های سازش نیافته اولیه و ریشه‌های والدینی آنها در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، اختلال وسواسی-اجباری و گروه غیر بالینی. *تازه‌های علوم شناختی*. سال ۱۲، شماره ۱، ص ۶۹-۵۹.

یانگک، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری. (۱۳۷۶). *طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین)*. ترجمه‌ی حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. تهران، انتشارات ارجمند.

یوسف نژاد شیروانی، مانده؛ پیوسته گر، مهرانگیز. (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره های سازش نیافته اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. سال ۱۲، شماره ۲.

یوسفی، ناصر. اعتمادی، عذرا. بهرامی، فاطمه. احمدی، احمد. بشلیده، کیومرث. و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۸۷). *بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه (EMSS)*. پایان‌نامه دکتری، مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

Riso, L, du Toit, P, Stein, D, & Young, J. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems (A Scientist- Practitioner Guide)*. Washington, DC, American Psychological Association.

- Sadock.B., & Sadock.V . (2007). Synopsis of psycgiatry: behavioral sciences/ clibical psychiatry.New York. Lippincott Williams & wilkins.
- Schodol, A., Gunderson, J., McGlashan, T., Dyck, L., Stout, R., Bender, D., et al. (2002). Functional important in patients whit schizotypal, borderline, a areiant or OCPD. *American Journal of psychiatry*, 159, 276-283.
- Thimm. J. (2010). Personality early Maladaptive Schemas: A Five- Factor Model Perspective. *Journal Of Behavior Therapy and Exprimental Psychiatry*,41, 373-380.
- Thimm. J. (2011). Incremenntal Validity Of Maladaptive Schemas Over Five- Factor Mode in Prediction Of Personality Disorder Symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50, 777-782.
- Young, J. E. (2003). Schema therapy for borderline & narcissistic personality disorders. Pittsfied,MA:New England educational institute.
- Young. J, Klasko. J, & Weishaar. M .(2003). Schema Therapy (A Practitioner s Guide). New York. The Guilford Press. Abstract