



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR ANWENDETE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. & G.C.P.T.F.
Ulrich Gumbert
Department of Psychological
Science & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (۱ صفهان)

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی و افراد سالم ۳۰ تا ۵۰ ساله شهر تهران

فاطمه ایزدی^۱

چکیده

هدف: افراد زیادی در جامعه مبتلا به اختلالات روان‌تنی هستند. افکار و هیجان‌های ما می‌توانند نحوه واکنش‌دهی ما را تغییر دهند. یکی از واکنش‌های بدنی ما بیماری است. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد مدت و وقوع این بیماری‌های جسمانی نیز زخم معده، بیماری قلبی کرونری، سرطان، سل و آسم واکنش‌هایی باشند که تحت تاثیر افکار و باورها و هیجان‌های ما می‌باشد، و احتمال دارد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افکار و احساسات این بیماران تأثیرگذار باشد. پژوهش حاضر به مقایسه این طرحواره‌ها در افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی پرداخته است. فرضیه ما این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اختلالات روان‌تنی نقش دارد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۳۰ بیمار ۳۰ تا ۵۰ ساله به صورت نمونه در دسترس از ۱۰ کلینیک درمانی در شهر تهران با تشخیص اختلالات روان‌تنی، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ را پر نمودند. سپس به ۳۰ نفر که بر اساس پرسشنامه GHQ «سلامت عمومی» سالم تشخیص داده شده بودند، نیز پرسشنامه اجرا شد. داده‌ها بر اساس آزمون t مستقل بین این دو گروه و با استفاده از SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون t مستقل بین ۲ گروه، گروه بیمار در طرحواره‌های طرد - رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی - بدرفتاری، نقص - شرم، شکست، بی‌کفایتی - وابستگی، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، اطاعت، پذیرش جویی - جلب توجه، معیارهای سرسختانه، منفی‌گرایی - بدبینی و تنبیه تفاوت معناداری با گروه سالم داشتند. یعنی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی این طرحواره‌های ناکارآمد را بیشتر از گروه سالم داشتند. این طرحواره‌ها یا زیربنای بدبینی و درماندگی گروه بیمار و یا عامل استرس در زندگی آن‌ها بوده است.

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی Fatemeh.izadi110@gmail.com

نتیجه گیری: طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی و ادراک بد از دنیا می‌شود. هنگامی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و غیرمستقیم منجر به آسیب‌های فیزیکی و روانی می‌شوند. (هالجین، ویتبورن، ۱۳۸۸)

روان‌شناسان نقش عمده‌ای را برای عوامل شناختی، باورها، افکار و طرحواره‌ها در ایجاد بیماری‌های عصبی و روان‌تنی قائل هستند. (بواله‌ری، جعفر ۱۳۸۱) طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند استرس، نگرش ناکارآمد، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف زندگی فعال کند و این می‌تواند منجر به بیماری‌های جسمانی و ناتوانی‌های فیزیولوژیکی در فرد شود که عامل روان شناختی در آن دخیل بوده است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱، اختلالات روان‌تنی^۲

مقدمه

اختلالات روان‌تنی به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن^۳ و افکار^۴ و هیجان^۵ قرار دارد یا در شدیدترین حالت توسط ذهن ایجاد می‌شود، تعریف شده است. (استون، ویس، ماتارازو، میلر، ۱۹۸۷)

تشخیص اختلال روان‌تنی زمانی صورت می‌گیرد که یک اختلال یا آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد، و رویدادهایی که از نظر روان شناختی معنادار هستند، قبل اختلال واقع شده و به شروع و وخیم تر شدن آن کمک کنند. عوامل روانی^۶، شناختی^۷ و باورها و طرحواره‌های فرد می‌توانند شرایط جسمانی^۸ متعدد را در تعداد زیادی از دستگاه‌های عضوی تحت تأثیر قرار دهند. دستگاه‌هایی نظیر دستگاه تنفسی، قلبی، عروقی، پوست، معده روده ای و اندام‌های حسی و... (روزنهان، سلیگمن، ۱۳۸۶). امروزه روان‌شناسان نقش عمده ای را برای عوامل شناختی در ایجاد بیماری‌های عصبی و روان‌تنی قائل هستند. آنان معتقدند وقتی در فکر، باور و شناخت‌های افراد انحراف پایدار و مداومی ایجاد شود، او به تدریج دچار بیماری‌های روانی و جسمی می‌شود. (بواله‌ری، جعفر، ۱۳۸۱)

¹ Early maladaptive schemas

² Psychosomatic disorders

³ Mind

⁴ Thought

⁵ Emotion

⁶ Psychological

⁷ cognitive

⁸ Physical

یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه را زیربنای اختلالات متعدد برشمرد و معتقد است این طرحواره‌ها ناکارآمد و خودتداوم بخش^۱ هستند، در طول زندگی با تحریف واقعیات، استرس و اضطراب و بد بینی^۲ فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگاران عمل کنند. بنابراین داشتن دانش کافی در مورد طرحواره‌هایی که ممکن است در اختلال روان‌تنی نقش داشته باشند، چگونگی سازوکار آنها در سیستم پردازش اطلاعات و چگونگی عملکرد این طرحواره‌ها می‌تواند ضروری باشد. (یانگ^۳، ۲۰۰۳)

طبق رویکرد رفتاری، شناختی یکی از زمینه‌های اختلالات، افکار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران می‌باشد. (هالچین، ویتبورن، ۱۳۸۸). به نظر می‌رسد که متغیرهای گوناگون از جمله نگرش^۴ نسبت به مسائل و باورهای قبلی فرد در واکنش‌های جسمانی دخالت دارند. زیرا احتمالاً در شروع بیماری اشخاص از لحاظ زیستی مستعد ابتلا به بدکاری جسمانی نقش کمک کننده دارند. (ساراسون و ساراسون، ۱۹۹۶). ویلیام گریس^۵ و دیوید گراهام^۶ معتقدند که ادراک^۷ و باورهای قبلی فرد از اینکه دنیا و اینکه او درباره تهدید^۸ چه چه باوری دارد، پیش بینی می‌کند که چه اختلال روان‌تنی ایجاد خواهد شد. تحقیقات نشان می‌دهد که افکار و باورهای به خصوصی با بیماری‌های جسمانی در ارتباط هستند. (سلیگمن، روزنهان، ۱۳۸۶)

بر این اساس هدف از مطالعه حاضر مقایسه این طرحواره‌ها در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی است. دانستن این موضوع که شاید طرحواره‌ها در اختلالات سایکوسوماتیک نقش دارند، می‌تواند در پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روان‌تنی مؤثر باشد. اگر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد و تداوم اختلالات روان‌تنی نقش داشته باشند، بازسازی شناختی^۹ و آگاه شدن فرد از این افکار و طرحواره‌ها، باورها و انتظارات غیرانطباقی و تغییر آنها می‌تواند در درمان مؤثر باشند، که بیمار باید باورهای مثبت را جایگزین طرحواره‌های منفی کند. (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷)

روش و ابزار

مطالعه در دسترس به صورت توصیفی در تابستان سال ۱۳۹۰ اجرا شد. جامعه آماری ۳۰ فرد ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به اختلالات روان‌تنی از ۱۰ کلینیک درمانی در شهر تهران که توسط روان‌شناس‌ها و روانپزشک‌های مربوطه معرفی شدند. و درمانگرهای این مراکز برچسب

¹ Self - perpetuating

² Anxiety and pessimism

³ Young.j.e

⁴ Attitude

⁵ William Grace

⁶ David Geraham

⁷ Perception

⁸ Threat

⁹ Cognitive - restructuring

اختلالات روان‌تنی را به آن‌ها زده بودند و از نظر آنها علت مشکلات جسمی آن‌ها روان‌شناختی است. « بیماری‌های جسمانی این بیماران زخم معده، آسم و میگرن با علت روان‌شناختی می‌باشد. » در مورد این این گروه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ اجرا شد. نمونه افراد سالم نیز ۳۰ نفر که به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه GHQ در مورد آن‌ها اجرا شد. و بر اساس نتایج آن سالم تشخیص داده شده بودند. این گروه هم پرسشنامه یانگ را پر نمودند. در این مطالعه از دو نوع پرسشنامه استفاده گردیده است :

۱) پرسشنامه سلامت عمومی GHQ که یکی از مناسب‌ترین ابزارهای غربالگری است که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به دفعات برای تعیین سلامت عمومی افراد در کشورهای مختلف به کار گرفته شده است. این پرسشنامه از مجموعه سؤالاتی تشکیل یافته (۲۸ سؤال) که پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلالات روانی مختلف وجود دارد را بررسی می‌کند. و می‌تواند بیماران را به عنوان یک طبقه کلی از افراد سالم متمایز کند. (هومن، عباس، ۱۳۷۶). ۲) فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط جفری یانگ، ۱۹۸۸) برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساخته شد. این ۱۸ طرحواره عبارتند از :

۱) محرومیت هیجانی^۱ (۲) طرد، رها شدگی^۲ (۳) بی‌اعتمادی، بد رفتاری^۳ (۴) انزوای اجتماعی^۴ (۵) نقص، شرم^۵ (۶) شکست^۶ (۷) وابستگی، (۷) وابستگی، بی‌کفایتی^۷ (۸) آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۸ (۹) خود تحول نایافته، گرفتار^۹ (۱۰) اطاعت^{۱۰} (۱۱) ایثار^{۱۱} (۱۲) پذیرش جویی، جلب توجه^{۱۲} (۱۳) استحقاق، بزرگ منشی^{۱۳} (۱۴) خویشتن داری، خودانضباطی ناکافی^{۱۴} (۱۵) بازداری هیجانی^{۱۵} (۱۶) معیارهای سرسختانه^{۱۶} (۱۷) منفی‌گرایی، بدبینی^{۱۷} (۱۸) تنبیه^{۱۸}.

¹ Emotion rejection

² Rejection and Abandonment

³ Mistrust & abuse

⁴ Social isolation

⁵ Defectiveness & shame

⁶ failure

⁷ Dependence & in competence

⁸ Vulnerability to harm or illness

⁹ Enmeshment & undeveloped self

¹⁰ Subjugation

¹¹ Self - sacrifice

¹² Admission & attention

¹³ Entitlement

¹⁴ Insufficient self-control & self-discipline

¹⁵ Emotional inhibition

¹⁶ Unrelenting standards

¹⁷ Negativism & pessimism

¹⁸ Punishment

این ۱۸ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار می‌گیرند. (یانگ، کلاسکو^۱، ویشار^۲، ۲۰۰۳)

هر آیتم بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود. یانگ (۱۹۹۸) این پرسشنامه را از روی فرم اصلی پرسشنامه (۲۵) آیتمی ساخت. (یانگ، ۲۰۰۳ به نقل از قره داغی، ۱۳۸۸)

پایایی فرم کوتاه پرسشنامه یانگ با استفاده از روش بازآزمایی و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای هر خرده مقیاس حساب شده است. روایی سازه فرم کوتاه با استفاده از تحلیل رگرسیون و همبستگی بین خرده مقیاس‌های SQ-SF و خرده مقیاس‌های SCL-25 در سطح $P < 0/01$ و $P < 0/05$ معنادار بودند. یعنی این پرسشنامه دارای روایی سازه بالایی می‌باشد. (آهی، ۱۳۸۵)

یافته‌ها

اختلالات روان‌تنی مبتنی بر ۲ فرض اساسی است: (۱) وحدت ذهن و بدن (۲) عوامل روان‌شناختی^۳ در این بیماری باید مورد بررسی قرار گیرد. (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷)

طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز موضوعات ثابت و درازمدتی هستند که در کودکی به وجود می‌آیند، به بزرگسالی راه پیدا می‌کنند و تا حد زیادی ناکارآمد^۴ هستند. این طرحواره‌ها الگویی برای پردازش تجارب بعدی محسوب می‌شوند. (حمیدپور، صاحبی، ۱۳۸۴)

نظریه‌های ناشی از دیدگاه‌های شناختی معتقدند که شناخت‌ها و افکار می‌تواند در ایجاد اختلال‌های روان‌تنی سهمیم باشند. و آن‌ها بر جنبه استرس الگوی بیماری پذیری ارثی - استرس^۵ تأکید می‌ورزند. استرس حالتی است که سبب آشفتگی بر کارکردهای روان‌شناختی یا فیزیولوژیک فرد بهنجار می‌شود. (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷)

استرس می‌تواند به وسیله شرطی شدن^۶ توسط شناخت‌ها و باورهای فرد یا به وسیله رویدادهای زندگی ایجاد شود. ویلیام گریس و دیوید گراهام معتقدند که ادراک فرد از دنیا و اینکه او درباره تهدید چه فکری می‌کند و چه باوری در ذهنش نسبت به تهدید و دنیا دارد، پیش بینی می‌کنند که چه اختلال روان‌تنی ایجاد خواهد شد. گریس و گراهام برای پی بردن به این موضوع که چه افکار و

¹ Kolsko

² Wisshar

³ Psychological

⁴ Inefficiency

⁵ Diathesis – stress model

⁶ Conditioning

موقعیت‌هایی بلافاصله قبل شروع نشانه‌ها واقع می‌شوند، و اینکه این باورها به چه طرحواره‌های بنیادین برمی‌گردند با ۱۲۸ بیمار مبتلا به انواع بیماری‌ها مصاحبه کردند. آن‌ها افکار به خصوص و باورهایی را یافتند که با بیماری‌های به‌خصوصی در ارتباط بودند. شناخت‌ها و باورهایی مثل ادراک برخورد بد، ادراک بد به دنیا، بدبینی، عاجز بودن از برخورد با ناکامی^۱، گرفتن تصمیم ناگوار هنگام روبه‌رو شدن با مسئله ای غیر قابل حل، افکار انتقام جویی و... می‌توانند در ایجاد بیماری‌هایی مثل کھیر، آگزما، آسم، اسهال، یبوست، زخم گوارشی^۲ و سردرد میگرنی نقش داشته باشد که بی‌شک این باورها ریشه در باورهای بنیادتری دارد که یانگ آن را طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌خواند. (گریس و گراهام، ۱۹۵۲)

بیماری‌های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی - کرونری^۳، سرطان، سل و آسم واکنش‌هایی هستند که می‌توانند تحت تأثیر افکار و احساسات و باورهای قبلی فرد قرار گیرد. (روزنهان، سلینگمن، ۱۳۸۶)

مثلا طرحواره ناسازگار اطاعت که واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران است به این دلیل که فرد احساس اجبار می‌کند و به شکل اطاعت افراطی بروز می‌کند، و بعد منجر به خشمی می‌شود که ناسازگارانه است. مثل رفتارهای پرخاشگرانه^۴، منفعلانه و یا اینکه زمینه ساز اختلالات روان‌تنی می‌شود. (یانگ، حمیدپور، ۱۳۸۸)

و یا اینکه روان‌شناسان به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشار خون که شکایت‌های روانپزشکی نیز داشتند و به نظر می‌آمد که عوامل روان‌شناختی در آن نقش دارد، محیط اجتماعی خویش را بحرانی تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند. و طرحواره‌های رهاشدگی - بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی در آنها بیشتر دیده می‌شد. (بیکر و همکاران، ۱۹۹۴)

همچنین طرحواره منفی گرایی - بدبینی در سبک تبیینی بدبینانه این افراد دیده می‌شود. زیرا سبک تبیینی بدبینانه‌ی آنها حالت‌های روانی منفی را تقویت می‌کند. و خطر بیماری و مرگ را افزایش می‌دهد.

باتوجه به اجرای پرسشنامه یانگ بر روی افراد دارای اختلال روان‌تنی و افراد سالم، در این مقاله سعی شده که نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این اختلالات اندازه‌گیری شود. و ببینیم که چه طرحواره‌هایی در افراد دارای اختلالات سایکوسوماتیک وجود دارد.

نتایج زیر به دست آمد که به تفکیک در ۵ حوزه اشاره شده است:

¹ Frustration

² Peptic Ulcer

³ Coronary heart disease

⁴ Aggressive

جدول ۱. آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم در حوزه ۱ (بریدگی و طرد)

درجه آزادی	سطح معناداری	t به دست آمده	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها	زیر مجموعه‌ها
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۳.۳۵	۹.۲۲	۱۷.۲۴	۳۰	بیمار	رها شدگی-بی ثباتی
			۶.۲۳	۱۲.۲۳	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۷.۲۳	۸.۵۹	۲۱.۱۲	۳۰	بیمار	محرومیت هیجانی
			۶.۳۳	۱۲.۲۱	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۵.۱۲	۶.۱۷	۱۸.۳۲	۳۰	بیمار	بی‌اعتمادی- بدرفتاری
			۵.۱۶	۱۰.۵۳	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۴.۵۶	۹.۴۷	۱۹.۳۷	۳۰	بیمار	نقص-شرم
			۶.۷۹	۱۱.۳۴	۳۰	سالم	
۵۸	۰.۰۸۶	۰.۱۵	۸.۵۵	۱۹.۶۳	۳۰	بیمار	انزوای اجتماعی
			۷.۵۳	۱۸.۱۲	۳۰	سالم	

بر اساس نتایج آزمون t مستقل در طرحواره انزوای اجتماعی - بیگانگی بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنادار وجود ندارد. در سایر طرحواره‌های این حوزه تفاوت معنادار است، یعنی گروه بیمار این طرحواره‌های ناکارآمد را بیشتر از گروه سالم به کار می‌برند.

جدول ۲. آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم در حوزه ۲ خودگردانی و عملکرد مختل

درجه آزادی	سطح معناداری	t به دست آمده	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها	زیر مجموعه‌ها
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۵.۹۱	۸.۳۵	۱۹.۳۷	۳۰	بیمار	شکست
			۵.۱۴	۱۳.۵۱	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۵.۳۵	۸.۴۳	۱۹.۳۴	۳۰	بیمار	بی‌کفایتی-وابستگی

			۷.۱۷	۱۳.۸۱	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۴.۸۱	۸.۴۵	۱۷.۳۳	۳۰	بیمار	آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری
			۶.۲۹	۱۱.۱۴	۳۰	سالم	
۵۸	۰.۰۶۲	۰.۱۴	۷.۴۴	۱۸.۳۷	۳۰	بیمار	خود گرفتار-تحول نیافته
			۶.۳۹	۱۷.۴۸	۳۰	سالم	

نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد که در طرحواره خودگرفتار - تحول نیافته بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. ولی در سایر طرحواره‌های این حوزه تفاوت معنادار است. یعنی گروه بیمار این طرحواره‌های ناکارآمد را بیشتر از گروه سالم به کار می‌برند.

جدول ۳. آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم در حوزه‌ی محدودیت‌های مختل

درجه آزادی	سطح معناداری	t به دست آمده	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها	زیر مجموعه‌ها
۵۸	۰.۳۱	۰.۶۹	۴.۷۳	۱۶.۳۴	۳۰	بیمار	استحقاق-بزرگ‌منشی
			۴.۳۸	۱۵.۲۸	۳۰	سالم	
۵۸	۰.۰۲۱	۰.۴۱	۶.۷۱	۱۸.۲۵	۳۰	بیمار	خویش‌داری- خودانضباطی ناکافی
			۵.۰۲	۱۷.۳۴	۳۰	سالم	

تفاوت بین دو گروه در طرحواره‌های حوزه محدودیت مختل معنادار نیست. یعنی نمی‌توان نتیجه گرفت که گروه بیمار مبتلا به اختلالات روان‌تنی این دو طرحواره ناسازگار را بیشتر از گروه سالم به کار می‌برند.

جدول ۴. آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم در حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی

درجه آزادی	سطح معناداری	t به دست آمده	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها	زیر مجموعه‌ها
۵۸	<۰.۰۰۶	۲.۴۰	۷.۱۲	۱۷.۳۴	۳۰	بیمار	اطاعت
			۶.۲۵	۱۴.۲۵	۳۰	سالم	

۵۸	۰.۲۵	۰.۷۸	۵.۹۰	۱۸.۳۸	۳۰	بیمار	ایثار
			۵.۷۳	۱۷.۲۹	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۹	۳.۷۴	۶.۱۲	۱۸.۷۳	۳۰	بیمار	پذیرش جویی - جلب توجه
			۴.۰۱	۱۶.۱۴	۳۰	سالم	

نتایج آزمون t مستقل بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه بیمار و سالم در طرحواره اطاعت و پذیرش جویی - جلب توجه است. ولی این تفاوت در طرحواره ایثار معنادار نیست. می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی طرحواره های اطاعت و پذیرش جویی را بیشتر از گروه سالم به کار می برند.

جدول ۵. آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و معمولی در حوزه ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری

درجه آزادی	سطح معناداری	t به دست آمده	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه ها	زیر مجموعه ها
۵۸	۰.۳۰۱	۰.۹۳	۷.۱۲	۱۸.۴۲	۳۰	بیمار	بازداری هیجانی
			۷.۱۰	۱۷.۱۳	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۵.۱۲	۷.۱۹	۱۸.۲۴	۳۰	بیمار	معیارهای سرسختانه
			۵.۱۰	۱۳.۷۳	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۷	۶.۱۵	۷.۱۲	۱۶.۱۷	۳۰	بیمار	منفی گرایی - بدبینی
			۶.۰۹	۱۳.۱۸	۳۰	سالم	
۵۸	<۰.۰۰۰۱	۷.۳۱	۸.۰۱	۱۹.۱۲	۳۰	بیمار	تنبیه
			۶.۲۱	۱۶.۵۳	۳۰	سالم	

نتایج آزمون t مستقل بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و بیمار در طرحواره های معیارهای سرسختانه، منفی گرایی - بدبینی، و تنبیه است. ولی تفاوت معنادار بین دو گروه در طرحواره بازداری هیجانی وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

باورها و افکار افراد که در زندگی برای آن‌ها به وجود می‌آید، فشار روانی و استرس را در موقعیت‌های متفاوت زندگی به وجود می‌آورد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نیز به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی^۱ می‌شوند. وقتی که این طرحواره‌ها در موقعیت‌های فشار فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود. و مستقیم و غیرمستقیم منجر به آسیب‌های روانی و فیزیکی در روح و جسم فرد می‌شود، و فشار روانی ناشی از آن، واکنش‌های جسمانی گوناگونی در قلب، دستگاه گردش خون... را موجب می‌شود. و هنگامی که این علائم در دوره زمانی طولانی تداوم داشته باشند احتمال وقوع اختلال جسمانی افزایش می‌یابد.

به نظر می‌رسد که متغیرهای گوناگون از جمله نگرش نسبت به مسائل، باورها و طرحواره‌های فرد در واکنش‌های جسمانی دخالت دارند. زیرا احتمالاً در شروع بیماری اشخاص از لحاظ زیستی، مستعد ابتلا به بدکاری جسمانی نقش کمک کننده دارند. (ساراسون^۲ و ساراسون، ۱۹۹۶، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵)

هم چنین مردم انتظارات متفاوتی بر اساس این پیش فرض‌های قبلی ذهنی از زندگی دارند. افرادی که نسبت به مسائل زندگی نگرش‌های بدبینانه و طرحواره‌های ناکارآمد دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند و احتمالاً خود را در معرض ابتلای بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند. مثلاً آنها به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشار خون که شکایت‌های روانپزشکی نیز داشتند و به نظر می‌آمد که عوامل روان شناختی در آن نقش دارد، محیط اجتماعی^۳ خویش را بحرانی تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند. و طرحواره‌های رهاسدگی - بی ثباتی و محرومیت هیجانی در آنها بیشتر دیده می‌شد. (بیکر^۴ و همکاران، ۱۹۹۴). کوپر^۵ (۱۹۸۱)، به نقل از اسمعیلی کورائه، (۱۳۸۴) بیان می‌کند که فشار روانی که در پیدایش این بیماری‌های روان‌تنی نقش دارد، حاصل ادراک فرد از موقعیت^۶ استرس‌زاست. و این ارزیابی فرد نتیجه یک دسته از عوامل فردی و برخی مؤلفه‌های محیطی است. عوامل دربرگیرنده مواردی است که کلیت فرد را شکل می‌دهد مانند افکار، نگرش‌ها، طرحواره‌ها^۷، تجربه‌های گذشته فرد، خلق و ساختمان بدنی فرد. این ارزیابی و ادراک بر وضعیت فردی حاصل از فشار روانی تأثیر می‌گذارد، که نتیجه آن بروز نشانه‌های مختلف بدنی، رفتاری است.

¹ Irrational

² Sarason

³ Social environment

⁴ Baker

⁵ Koper

⁶ Situation

⁷ Schemas

به طور کلی پژوهش حاضر تلاش کرده است تا بتواند نقش طرحواره‌ها و نگرش‌های ناکارآمد را در بروز اختلالات روان‌تنی بررسی کند. و همان طور که مشخص شد گروه بیمار مبتلا به اختلالات روان‌تنی، طرحواره‌های رهاشدگی - طرد، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی - بدرفتاری، نقص - شرم، شکست، بی‌کفایتی - وابستگی، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، اطاعت، پذیرش جویی - جلب توجه، معیارهای سرسختانه، منفی‌گرایی - بدبینی و تنبیه را بیشتر از گروه سالم داشتند.

ولی در طرحواره‌های انزوای اجتماعی - بیگانگی، خودگرفتار - تحول نیافته، استحقاق - بزرگ منشی، خویش‌داری - خودانضباطی ناکافی، ایثار و بازداری هیجانی، تفاوتی بین دو گروه بیمار و سالم وجود نداشت.

می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی معمولاً طرحواره‌های ناکارآمدی را دارند که بیشتر منجر به استرس در زندگی می‌شود. مثلاً طرحواره‌های شکست، رهاشدگی - طرد، بی‌کفایتی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری به بیماری، و نقص و شرم در موقعیت‌های سخت و پرفشار در زندگی، منجر به استرس می‌شوند.

الگوی بیماری‌پذیری ارثی - استرس که شاخص اختلال روان‌تنی است، به ضعف سرشتی اشاره دارد که زیربنای آسیب جسمانی در این بیماران است و استرس، حاکی از واکنش‌های روانی به رویدادهای معنادار است و بیماری که این استرس را تجربه کند بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روان‌تنی است.

آندروباوم^۱ می‌گوید یک مکانیزمی که استرس به وسیله آن موجب بیماری می‌شود ایجاد افکار مزاحم^۲ است: مشغولیت‌های ذهنی، افکار خودکار^۳ و خاطرات آسیب‌زا. اینها تعداد نشانه‌های ناراحتی جسمانی بیشتری دارند. (سلیگمن، روزنهان، ۱۳۸۶)

همچنین طرحواره منفی‌گرایی - بدبینی در سبک تبیینی بدبینانه این افراد دیده می‌شود. زیرا سبک تبیینی بدبینانه‌ی آنها حالت‌های روانی منفی را تقویت می‌کند. و خطر بیماری و مرگ را افزایش می‌دهد.

طرحواره اطاعت در این بیماران نیز منجر به اطاعت افراطی می‌شود و بعد منجر به خشمی که ناسازگارانه است و به دنبال آن علائم روان‌تنی بروز می‌کند.

¹ Andrew Baum

² Troublous thought

³ Automatic thought

هم چنین در طرحواره پذیرش جویی - جلب توجه، تأکید افراطی فرد در توجه و پذیرش دیگران و تأکید افراطی بر منزلت، ظاهر، پول و پذیرش اجتماعی^۱ هم در فرد استرس ایجاد می کند و هم منجر به حساسیت^۲ بیش از حد به طرد می انجامد. که این هم می تواند در بروز علایم روان تنی نقش داشته باشد.

طرحواره تنبیه^۳ در فرد می تواند به عنوان یک عامل استرس باعث واکنش های اضطرابی دستگاه عصبی خودمختار شود. و پاسخدهی سازگاران متوقف شود و بیماری و در برخی موارد مرگ، به دنبال مرحله فرسودگی رخ دهد. (سلیه، ۱۹۵۶)

هم چنین از آنجا که ناامیدی^۴ و درماندگی^۵، می تواند در ناتوانی و اختلالات قلبی و مرگ مؤثر باشد، طرحواره معیارهای سرسختانه در بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی می تواند در ایجاد این ناامیدی و درماندگی نقش داشته باشد.

پس همان طور که دیدیم طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند استرس، نگرش ناکارآمد^۶، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در رویدادها و موقعیت های مختلف زندگی فعال کند و این می تواند منجر به بیماری های جسمانی و ناتوانی های فیزیولوژیکی در فرد شود، که عامل روان شناختی در آن اثرگذار بوده است.

نگرش های ناکارآمد، معیارهای انعطاف ناپذیر^۷ و کمال گرایانه ای^۸ هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می کند. این فرض ها یا طرحواره ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی^۹ رفتار استفاده می شوند. (بک^{۱۰}، ۱۹۷۶، به نقل از هاتون و همکاران)

این مفروضه ها به تفسیر تجارب جدید، شکل دادن انتظارات^{۱۱} و پیش بینی ها^{۱۲} کمک می کند. محققان بر این باورند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت های تنیدگی زا بر اساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخ های هیجانی ویژه ای از قبیل خشم^{۱۳}،

¹ Social acceptance

² Sensitivity

³ Punishment

⁴ Despair

⁵ Prostration

⁶ Inefficiency attitude

⁷ Inflexibility

⁸ Perfectionism

⁹ Evaluation

¹⁰ Beck

¹¹ Expectation

¹² Prediction

¹³ Anger

غرور^۱ و عصبانیت ایجاد می‌کنند، که این هیجانات نیز می‌تواند باعث واکنش‌های اضطرابی دست‌گاه عصبی خودمختار شود. (پنلی و توماکو^۲، ۲۰۰۲)

به اعتقاد الیس^۳ (۱۹۶۴) نگرش‌های فرد درباره دنیای پیرامون خویش در بروز واکنش‌های هیجانی ناسازگار نقش مهم دارد.

همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی، طحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمدتری را نسبت به افراد سالم دارند. به این صورت که این افراد دیدگاه‌های بسیار انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه دارند. این باورها خود موجبات فشار روانی را فراهم می‌کند. فشار روانی نیز واکنش‌های جسمانی گوناگون در قلب، بدن، دست‌گاه گردش خون، عضلات و..... را موجب می‌شود.

و هنگامی که این علائم در دوره زمانی طولانی تداوم داشته باشد، احتمال وقوع اختلالات جسمانی و روان‌تنی در آنها افزایش می‌یابد. (معصومه اسماعیلی^۴، ۱۳۸۸)

با توجه به این اطلاعات و یافته‌ها، می‌توان پیش‌بینی کرد که روش‌های درمان شناختی، رفتاری به نحو فزاینده‌ای برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های این بیماران، در قبال حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌رود.

درمان بازسازی‌های شناختی این طحواره‌ها به بیمار کمک می‌کند که به افکار، باورها، و انتظارات غیر انطباقی خود، آگاهی یابد. (کاپلان^۵، سادوک^۶، ۲۰۰۷)

منابع فارسی :

اسماعیلی، معصومه. دکتر مجید محمود علیلو. دکتر عباس بخشی‌پور رودسری. محمد امین شریفی. مقاله بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به فشار خون اولیه. دانشگاه الزهرا. تابستان ۱۳۸۸. دوره ۵. شماره ۲

بواله‌ری، جعفر. بهداشت روان. انتشارات بشری. چاپ اول. ۱۳۸۱

¹ Pride

² Penley & tomaka

³ Elis

⁴ Esmaili masome

⁵ Kaplan

⁶ Sadock

- روزنهان. دیوید، سلیگمن. مارتین، آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، جلد دوم، تهران، نشر ارسباران، ۱۳۸۶
- ساراسون، ای، جی. ساراسون، ب، ر. ۱۳۷۵. روان شناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان. محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقان. تهران. انتشارات رشد
- کاپلان. هارولد، سادوک. بنیامین، ۲۰۰۷، خلاصه روان پزشکی. علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه فرزین رضاعی، تهران، انتشارات ارجمند
- لطفی، راضیه. دکتر وحید دنیوی. دکتر زهره خسروی. مقاله مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۶. سال پنجم. شماره ۲
- هالچین، ریچاردپی، سوزان کراس، آسیب شناسی روانی دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر روان، ۱۳۸۸
- هومن، عباس. استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی. تهران. دانشگاه تربیت معلم. ۱۳۷۶
- یانگ. جفری، شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرحواره محور، ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، تهران، آگه، ارجمند، ۱۳۸۳
- یانگ. جفری، کلو سکو. ژانت، ویشار. مارجوی، طرحواره درمانی، ترجمه حسن حمیدپور، زهرا اندوز، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۸

منابع لاتین:

- Baker. b. kazarian. S. morgues. J. (1994) perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension. Journal of clinical psychology. 320-324
- Jens c. Thimm.41 (2010) &Mediation of early maladaptive schemas between perception of parental rearing style and disorders. journal of behavior therapy and experimental psychiatry
- Penley. J. a. tomaka.j. (2002).association among the big five emotional responses. Attitudes. Schemas and coping with acute stress. Personality and individual differences.
- Young J. 1990. Cognitive therapy for personality disorder : A schema – focused approach. sara stoa florida : professional resource exchange. INC

