Early Maladaptive Schemas in Patients with Psychosomatic Disorder and Multiple Sclerosis

Davood Manavipour*, Laya Sadat Miri

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Article Info:

Received: **22 Dec 2015** ***Accepted*****: 16 Jun 2016**

ABSTRACT

Introduction: According to the importance of psychological factors in psychosomatic disorders and multiple sclerosis (MS) as well as its importance in early maladaptive schemas in psychological disorders, the present study was aimed to evaluate early maladaptive schemas in patients with psychosomatic disorders and MS and compared that with healthy subjects. ***Materials and Methods:*** Research method was ex post facto. This study evaluated 100 patients (50 with MS and 50 with psychosomatic disorder) and compared them to 50 healthy people that completed Young Schema Questionnaire (short form). The study was causal-comparative. ***Results:*** The results showed that the average score of vulnerability to harm or illness subscale in people with psychosomatic disorder was higher than healthy people and the average score of emotional deprivation, dependence/incompetence, and failure subscale in patients with MS was higher than healthy group. ***Conclusion:*** Early maladaptive schemas should be considered as an important element when comparing patients with psychosomatic disorders and MS with healthy people.

Key words:

1. Psychosomatic Medicine
2. Multiple Sclerosis
3. Psychophysiologic Disorders

Corresponding Author: Davood Manavipour

E-mail: *manavipor53@yahoo.com*

doi: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران با اختلال روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز

داود معنوی پور*، لعیا سادات میری

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱ دی ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۷ خرداد ۱۳۹۵

چـــــکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت عوامل روانشناختی در اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز و همچنین اهمیت آن در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اختلالات روانشناختی، پژوهش حاضر به‌منظور بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران با اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز و مقایسه کردن آن با افراد سالم انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش شامل اصول گذشته بود. این مطالعه ۱۰۰ بیمار (۵۰ نفر با مالتیپل اسکلروز و ۵۰ نفر با اختلال روان‌تنی) را ارزیابی کرد و آن‌ها را با ۵۰ فرد سالم که پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ (فرم کوتاه) را تکمیل کرده بودند، مقایسه کرد. مطالعه علّی –مقایسه‌ای بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرهٔ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا خرده مقیاس بیماری در افراد با اختلال روان‌تنی بالاتر از افراد سالم بود و میانگین نمرهٔ خرده مقیاس محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی و شکست در بیماران با مالتیپل اسکلروز از گروه سالم بالاتر بود. **نتیجه‌گیری:** وقتی بیماران با اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز با افراد سالم مقایسه می‌شوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه باید به‌عنوان یک اصل مهم در نظر گرفته شوند.

کلید واژه‌ها:

۱. طب روان‌تنی
۲. مالتیپل اسکلروز
۳. اختلالات روانی –فیزیولوژیکی

* **نویسنده مسئول:** داود معنوی پور

آدرس الکترونیکی: *manavipor53@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

مقدمه

افکار و هیجان‌ها بر واکنش‌های جسمانی به‌ویژه بیماری مؤثرند. بیماری‌های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی و عروقی و آسم تحت تأثیر شرایط روانشناختی قرار دارند. چنین اختلالاتی، اختلال روان‌تنی[1] نام دارند و به صورت بیماریی که تحت تأثیر روان قرار دارند یا توسط آن ایجاد می‌شوند، تعریف می‌شوند (۱). در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)[2] هیچ‌گونه طبقه‌بندی برای بیماری‌های روان‌تنی لحاظ نشده است. مفاهیم طب روان‌تنی در عنوان تشخیصی به نام عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی در مبحث اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط منظور شده‌اند. ویژگی اصلی عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی، وجود یک یا چند عامل مهم بالینی روانشناختی یا رفتاری است که به شکلی زیان‌آور با افزایش خطر رنج و ناراحتی، مرگ یا ناتوانی بر بیماری طبی اثر می‌گذارد. بیماری‌های طبی مورد تأثیر می‌توانند با پاتوفیزیولوژی واضح مثل دیابت، سرطان و بیماری کرونر یا سندروم‌های کارکردی مثل میگرن، سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر، فیبرومیالژیا و یا علایم طبی ایدیوپاتیک مثل درد، احساس خستگی و سرگیجه باشند. شیوع عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی نامعلوم است اما این اختلال نسبت به اختلال علایم جسمی شایع‌تر است (۲). امروزه ۷۵ درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی و داخلی مراجعه می‌کنند دچار واکنش‌های روان‌تنی بوده و از عوارض آن رنج می‌برند (۳). اختلالات روان‌تنی می‌توانند در تمام طول زندگی به‌ویژه در کودکان رخ دهند (۴).

بر اساس رویکرد شناختی، مهم‌ترین عامل روانشناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[3] می‌باشند که موجب تغییرات ایمنی و بیماری می‌شوند (۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناختاوره‌ها[4] و احساسات بدنی، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته و تداوم دارند. این طرحواره‌ها دربارهٔ خود و ارتباط با دیگران می‌باشند و البته ناکارآمدند. آن‌ها الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب‌رسان هستند و اغلب زیربنای اختلالاتی همچون: اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، اختلالات روان‌تنی و غیره می‌باشد. طرحواره‌ها در طی زمان‌ها و مکان‌های مختلف، ثابت می‌مانند و در تمامی جنبه‌های زندگی تأثیر دارند. برخی از آن‌ها بر اساس نظریهٔ یانگ عبارتند از: محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (۶).

یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب‌شناختی عصر حاضر مالتیپل اسکلروز (MS)[5] است (۷) که بر اساس رویکرد شناختی می‌تواند تحت تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه قرار گیرد. در این بیماری، سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف چربی) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی (مغز و طناب نخاعی) حمله و آن‌ها را تخریب می‌کند و منجر به ایجاد بافت زخم (پلاک) در محل آسیب‌دیده می‌شود. در نتیجهٔ تخریب میلین سلول‌های عصبی، اختلال در انتقال پیام‌های عصبی ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس ایجاد می‌شود و ظهور علایم ویژهٔ بیماری ام اس به وجود می‌آید (۸). این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است. به طوری که در زنان دو برابر مردان است. ام اس در سنین جوانی عمدتاً ظاهر می‌شود و حداکثر موارد شروع بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. این بیماری بیشتر در کسانی بروز می‌کند که شخصیت خاصی دارند؛ چنین افرادی معمولاً مسئولیت‌پذیر ولی حساس هستند که هنگام بروز ناملایمات، خیلی خودخوری می‌کنند (۹).

بر اساس اهمیت نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از یک‌سو و شیوع بیماری ام اس و اختلالات روان‌تنی از سوی دیگر، این پرسش مطرح است که کدام یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای که یانگ معرفی کرده است در افراد دارای این بیماری‌ها بیشتر نمایان است؟ آیا میان طرحواره‌های آن‌ها با افراد سالم تفاوتی وجود دارد؟ پاسخ به این پرسش‌ها و روشن شدن آن‌ها می‌تواند نقش بسیار مؤثری در پیشگیری و فرایند بهبود این بیماران فراهم کند. این بیماری‌ها هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانشناختی فراوانی دارند که لازم است برای کاهش آن‌ها از متغیرهای قابل دستکاری همچون طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک گرفت، زیرا طرحواره‌ها، نگرش‌های زیربنایی نسبت به خود و دنیا را شکل می‌دهند (۱۰). این پژوهش به مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی و افراد مبتلا به ام اس با افراد سالم پرداخته است تا بر اساس نتایج آن، شیوه‌های مؤثر برای مداخله و پیشگیری از این بیماری‌ها را مشخص نماید.

مواد و روش‌ها

جامعهٔ آماری، آزمودنی‌ها و حجم نمونه

پژوهش حاضر، از نوع تحقیقات علّی -مقایسه‌ای بود که به‌منظور مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز با افراد سالم انجام شد؛ بنابراین ۵۰ پرسشنامهٔ فرم کوتاه

[1] Psychosomatic
[2] Diagnostic and statistical manual of mental disorders
[3] Early Maladaptive Schemas
[4] Cognitions
[5] Multiple sclerosis

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

طرحوارهٔ یانگ (SQ-SF)[6] در بین افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ای که به بخش روان بیمارستان طالقانی و امام حسین (ع) مراجعه کرده بودند و به تشخیص روان‌پزشک معالج به اختلال روان‌تنی مبتلا بودند، همچنین بیماران بستری ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ای که در بیمارستان مهر، روان‌پزشک معالج تشخیص اختلال روان‌تنی برای آن‌ها دادند، توزیع گردید؛ علاوه بر این ۵۰ پرسشنامه در بین بیماران ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ای که به تشخیص پزشک، مبتلا به ام اس بودند و به انجمن ام اس مراجعه کرده بودند توزیع گردید و ۵۰ پرسشنامه نیز بین افراد سالم ۲۰ تا ۴۰ سالهٔ مراجعه کننده به کتابخانهٔ ملی، توزیع گردید. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران به دست آمد. روش نمونه‌گیری، به صورت در دسترس بود.

ابزار پژوهش

ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ بود. این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سؤالی برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از "کاملاً درست دربارهٔ من تا کاملاً غلط دربارهٔ من" درجه‌بندی می‌شود. در سال (۱۹۹۸) یانگ پرسشنامهٔ طرحواره (فرم ۷۵ سؤالی) را از روی فرم اصلی پرسشنامه (فرم ۲۰۵ قسمتی) ساخت. SQ-SF، ۱۵ طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را می‌سنجد. اولین پژوهش جامع راجع‌به ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامهٔ یانگ، توسط اسمیت[7] و همکاران انجام شد که نتایج این مطالعه نشان داد برای هر طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، ضریب آلفا از ۰/۸۳ (برای طرحوارهٔ خود تحول نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحوارهٔ نقص/شرم) به دست آمد و ضریب آزمون-بازآزمون در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. در پژوهشی که توسط یانگ و همکاران با استفاده از فرم ۲۰۵ سؤالی بر روی یک نمونه از دانشجویان آمریکایی انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ به دست آمده برای ۱۳ خرده مقیاس به ترتیب برابر بود با: بازداری هیجانی (۰/۷۴، ۰/۸۶)، وابستگی (۰/۵۰، ۰/۹۱)، ترس از فقدان کنترل (۰/۵۲، ۰/۸۴)، آسیب‌پذیری (۰/۵۷، ۰/۸۸)، رهاشدگی (۰/۶۷، ۰/۹۱)، معیارهای سرسختانه[8] (۰/۶۸، ۰/۹۲)، از خودگذشتگی (۰/۷۴، ۰/۹۱)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (۰/۷۸، ۰/۹۳)، خودانضباطی ناکافی (۰/۶۶، ۰/۹۲)، نقص/شرم[9] (۰/۷۳، ۰/۹۶)، محرومیت هیجانی (۰/۸۲، ۰/۹۴)، بی‌کفایتی (۰/۷۴، ۰/۹۴) و استحقاق (۰/۵۱، ۰/۸۳)-(۱۱).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو قسمت توصیفی (توضیح فراوانی نمونه بر حسب جنسیت) و استنباطی (تحلیل واریانس خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ به سه گروه افراد مبتلا به ام اس، روان‌تنی و سالم می‌پردازد) تنظیم شد که با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. نحوهٔ نمایش داده‌ها به صورت انحراف استاندارد ± میانگین است.

یافته‌ها

توزیع افراد بر حسب جنسیت در هر یک از گروه‌ها (ام اس، بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی و افراد سالم) در جدول ۱ نشان داد که تعداد نمونه در هر گروه ۵۰ نفر بود. ۰/۳۲ درصد افراد گروه نمونه، مرد و ۰/۶۸ درصد گروه نمونه، زن بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونه برحسب جنسیت.

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۶	۰/۳۲
زن	۳۴	۰/۶۸
کل	۵۰	۰/۱۰۰

به‌منظور بررسی تفاوت میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه (بیماران ام اس، بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی و افراد سالم) از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد (جدول ۲). با توجه به آزمون لون، چون سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ بود، شرط همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین با توجه به مقدار F و سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی (F=۳/۱۹)، وابستگی (F=۳/۴۴)، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (F=۳/۲۴) و شکست (F=۳/۰۵) در سه گروه وجود دارد ($P<0/05$). میزان میانگین در طرحوارهٔ محرومیت هیجانی ۶/۹۲ ± ۱۳/۳۲، وابستگی ۶/۱۰ ± ۱۰/۹۰ و شکست در گروه بیماران ام اس ۵/۴۹ ± ۱۱/۰۴ نسبت به افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی و افراد سالم بیشتر بود و طرحوارهٔ آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری در بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی بیشترین میانگین (۷/۴۴ ± ۱۳/۵۸) را در گروه به خود اختصاص داده بود.

با توجه به مقدار اندازهٔ اثر (۰/۰۴)، تفاوت واقعی بین میانگین نمره‌های گروه‌ها تقریباً در حد متوسط بود. با توجه به مقایسه‌های پس تجربی با استفاده از آزمون توکی، میزان میانگین در طرحوارهٔ محرومیت هیجانی، وابستگی و شکست در گروه بیماران ام اس تفاوت معنی‌داری با گروه سالم داشت اما با گروه

[6] Schema questionnaire-short form
[7] Schmidt NB
[8] Unrelenting standards/hypercriticalness
[9] Defectiveness/shame

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

جدول ۲- تحلیل واریانس خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین سه گروه (ام اس، روان‌تنی و سالم).

خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی‌داری
محرومیت هیجانی	MS	۱۳/۳۲	۶/۹۲	۳/۱۹	۰/۰۴
	روان‌تنی	۱۲/۳۲	۷/۰۹		
	سالم	۱۰/۱۴	۵/۰۸		
رهاشدگی بی ثباتی	MS	۱۴/۸۲	۶/۷۲	-۰/۳۵۴	۰/۷۰
	روان‌تنی	۱۳/۹۸	۶/۹۳		
	سالم	۱۳/۸۲	۵/۳۷		
بی اعتمادی بدرفتاری	MS	۱۲/۶۴	۵/۵۳	-۰/۷۰	۰/۴۹
	روان‌تنی	۱۳/۱۴	۶/۶۱		
	سالم	۱۱/۸۰	۴/۷۵		
انزوای اجتماعی بیگانگی	MS	۹/۴۰	۵/۱۸	-۰/۷۱	-۰/۴۹
	روان‌تنی	۱۰/۱۰	۶/۶۴		
	سالم	۸/۸۶	۴/۱۲		
نقص شرم	MS	۸/۹۴	۳/۴۵	۲/۰۳	۰/۱۳
	روان‌تنی	۸/۵۸	۵/۵۹		
	سالم	۷/۳۶	۲/۶۷		
استحقاق بزرگ منشی	MS	۱۶/۵۶	۶/۳۱	۰/۸۷	۰/۴۱
	روان‌تنی	۱۷/۰۸	۶/۶۰		
	سالم	۱۵/۵۰	۵/۲۲		
وابستگی بی کفایتی	MS	۱۰/۹۰	۶/۱۰	۳/۴۴	۰/۰۳
	روان‌تنی	۹/۰۰	۴/۵۷		
	سالم	۸/۳۸	۴/۱۰		
گرفتار/خویشتن (خود) تحول نیافته	MS	۱۲/۳۴	۵/۷۹	۱/۳۲	۰/۲۶
	روان‌تنی	۱۱/۶۴	۶/۱۵		
	سالم	۱۰/۴۸	۵/۲۲		
اطاعت	MS	۱۴/۱۰	۵/۸۰	۱/۷۸	۰/۱۷
	روان‌تنی	۱۲/۶۸	۶/۳۰		
	سالم	۱۲/۰۰	۴/۸۱		
ایثار	MS	۱۹/۱۸	۵/۱۹	-۰/۴۱۱	۰/۶۶
	روان‌تنی	۲۰/۰۰	۶/۶۲		
	سالم	۱۹/۰۲	۵/۴۷		
بازداری هیجانی	MS	۱۱/۱۴	۴/۸۴	۲/۶۰	۰/۰۷
	روان‌تنی	۱۳/۶۰	۷/۵۶		
	سالم	۱۰/۹۲	۵/۲۶		
معیارهای سرسختانه	MS	۱۸/۰۲	۶/۲۲	-۰/۴۱	۰/۶۶
	روان‌تنی	۱۹/۲۰	۷/۲۶		
	سالم	۱۸/۶۲	۶/۰۷		
خویشتن‌داری اخلاق انضباطی ناکافی	MS	۱۳/۳۴	۵/۶۱	۰/۵۸	۰/۵۶
	روان‌تنی	۱۴/۶۰	۶/۶۵		
	سالم	۱۴/۱۰	۵/۳۱		
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	MS	۱۲/۲۸	۵/۶۷	۳/۲۴	۰/۰۴
	روان‌تنی	۱۳/۵۸	۷/۴۴		
	سالم	۱۰/۴۰	۵/۵۲		
شکست	MS	۱۱/۰۴	۵/۴۹	۳/۰۵	۰/۰۵
	روان‌تنی	۱۰/۴۸	۶/۲۳		
	سالم	۸/۴۸	۴/۴۳		

شفای خاتم

روان‌تنی تفاوت معنی‌داری نداشت، میانگین خرده مقیاس محرومیت هیجانی در افراد مبتلا به ام اس برابر با ۶/۹۲ ± ۱۳/ ۳۲ و میانگین در افراد سالم برابر با ۵/۰۸ ± ۱۰/۱۴ بود، میانگین خرده مقیاس وابستگی/بی‌کفایتی در افراد مبتلا به ام اس برابر ۶/۱۰ ± ۱۰/۹۰ و در افراد سالم برابر ۴/۱۰ ± ۸/۳۸ بود، همچنین میانگین خرده مقیاس شکست در افراد مبتلا به ام اس برابر با ۵/۴۹ ± ۱۱/۰۴ و در افراد سالم برابر با ۴/۴۳ ± ۸/۴۸ بود؛ بنابراین میزان میانگین در گروه ام اس بیشتر از گروه سالم بود.

همچنین میانگین طرحوارهٔ آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری در افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی بیشترین میانگین را در گروه به خود اختصاص داده بود به این صورت که میانگین این خرده مقیاس در افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی برابر ۷/۴۴ ± ۱۳/۵۸ و در افراد سالم ۵/۵۲ ± ۱۰/۴۰ بود؛ بنابراین میزان میانگین در این خرده مقیاس تفاوت معنی‌داری با گروه افراد سالم داشت؛ اما با میانگین گروه افراد مبتلا به ام اس که برابر ۵/۶۷ ± ۱۲/۲۸ بود، تفاوت معنی‌داری نداشت. با توجه به مقدار

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

F و سطح معنی‌داری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین گروه زنان و مردان تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز با افراد سالم بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین خرده مقیاس محرومیت هیجانی[10] از حوزهٔ بریدگی و طرد[11] و خرده مقیاس‌های وابستگی/بی‌کفایتی[12] و شکست[13] از حوزهٔ خودگردانی و عملکرد مختل[14]، تفاوت معنی‌داری بین گروه افراد مبتلا به ام اس با افراد سالم وجود دارد، اما با گروه روان‌تنی تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین گروه ام اس بیشتر از گروه سالم بود که با نتایج پژوهش سیف اللهی و همکاران (۱۲) همسو است؛ یعنی اینکه طرحوارهٔ شکست و نقص/شرم[14] پیش‌بینی کنندهٔ عود بیماری در افراد مبتلا به ام اس است و این دو طرحواره در افراد مبتلا به ام اس بیشتر دیده می‌شود. همچنین با یافته‌های آخانی و همکاران (۱۳) نیز همسو است یعنی اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزهٔ بریدگی و طرد به طور معنی‌دار، پیش‌بینی کنندهٔ ادراک بیماری، ناتوانی حرکتی و ادراک بیماری به طور معنی‌دار، پیش‌بینی کنندهٔ ناتوانی حرکتی است؛ بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی ادراک بیماری، تعیین کنندهٔ سطح ناتوانی حرکتی می‌باشد؛ بنابراین بیماران ام اس که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزهٔ بریدگی و طرد بودند، ادراک منفی‌تری از بیماری خود داشتند و ناتوانی حرکتی بیشتری را نیز گزارش دادند؛ بنابراین طبق پژوهش آخانی و همکاران بین طرحواره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد با بیماری ام اس ارتباط وجود دارد که طبق نتایج ما نیز افراد مبتلا به ام اس در طرحوارهٔ محرومیت هیجانی از حوزهٔ بریدگی و طرد، نمرات بالاتری از افراد سالم کسب کردند.

همچنین طبق نتایج این پژوهش، طرحوارهٔ آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری[15] بیشترین میانگین را در گروه افراد دارای اختلالات روان‌تنی به خود اختصاص داده بود که با یافته‌های ایزدی (۱۴) همسو است. طبق یافته‌های ایزدی افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی دارای طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، شکست، بی‌کفایتی/وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت[16]، پذیرش جویی/جلب توجه[17]، معیارهای سرسختانه، منفی گرایی/بدبینی[18] و تنبیه[19] هستند که پژوهش ما -با این نتیجه که افراد دارای اختلالات روان‌تنی نمرات بالاتری در خرده مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری دارند -با پژوهش ایزدی همسو است؛ اما با نتایج پژوهشگران دیگر همسو نبود؛ به‌عنوان مثال باکر و همکاران (۱۵) به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشار خون که شکایت‌های روانپزشکی نیز داشتند و به نظر می‌آمد که عوامل روانشناختی در آن‌ها نقش دارد، محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر، ادراک می‌کردند و در آن‌ها طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی بیشتر دیده می‌شد.

پژوهشی که توسط عامری و همکاران (۱۶) صورت گرفته است، نشان می‌دهد که بین افراد سالم و افراد مبتلا به آسم جز در حوزهٔ دیگر جهت‌مندی، تفاوتی مشاهده نشده است ولی در این حوزه، بین افراد سالم و افراد مبتلا به آسم تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای به چشم می‌خورد؛ یعنی افراد دارای آسم که جزء اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شوند دارای طرحواره‌های اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه هستند که نتیجهٔ این پژوهش با نتایجی که یانگ و همکاران (۶) به دست آورده بودند مبنی بر اینکه افراد دارای طرحوارهٔ اطاعت دچار علایم روان‌تنی می‌شوند هماهنگ است.

در پژوهش حاضر بین طرحوارهٔ زنان و مردان تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد که با یافته‌های دیگر پژوهشگران هماهنگ نبود. پژوهش فریمان (۱۷) که بر روی ۱۹۴ نفر دربارهٔ سازه‌های فکری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شد نشان داد که بین زن و مرد از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نمرات بیشتری از مردان در طرحواره‌های کناره‌گیری اجتماعی، گرفتاری و محرومیت هیجانی به دست می‌آورند. مطالعاتی که دربارهٔ تفاوت در خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط ولبرن و همکاران (۱۸) انجام گرفت، نشان داد زنان به طور معنی‌داری نمرات بالاتری را در طرحواره‌های از خود گذشتگی، شکست، رهاشدگی، خویشتن تحول نیافته/گرفتار، نقص/شرم و نمرات پایین‌تری را در طرحوارهٔ اطاعت نسبت به مردان به دست آوردند. طی مطالعاتی که توسط دیواندری و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر در نوع طرحواره‌ها تفاوت وجود دارد و دانشجویان دختر در تمامی طرحواره‌های ذکر شده نمرات پایین‌تری را نسبت به دانشجویان پسر کسب کردند (۱۹)؛ بنابراین یافته‌های پژوهش که توسط دیواندری و همکاران انجام گرفت

[10] Emotional deprivation
[11] Disconnection and rejection
[12] Dependence/incompetence
[13] Failure
[14] Impaired autonomy and performance
[15] Vulnerability to harm or illness
[16] Subjugation
[17] Approval-seeking/recognition-seeking
[18] Negativity/pessimism
[19] Punitiveness

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

بـا نتایـج بـه دسـت آمـده در تحقیـق یانـگ و همـکاران و ولبـرن و همـکاران هماهنگـی نداشـت؛ و همینطـور نتایـج پژوهـش حاضـر نیـز بـا نتایـج حاصـل از پژوهـش یانـگ و همـکاران و ولبـرن و همـکاران متفـاوت اسـت کـه ایـن می‌توانـد ناشـی از تفاوت‌هـای فرهنگـی باشـد. تعـدادی از سـؤالات پرسشـنامه بـه گونـه‌ای طراحـی شـده اسـت کـه پاسـخ دادن بـه آن‌هـا در فرهنگ‌هایـی ماننـد آمریـکا و کانـادا و غیـره بـه راحتـی صـورت می‌گیـرد، درحالی‌کـه پاسـخ دادن بـه سـؤالاتی نظیـر «مصـرف مشـروبات الکـی»، سـؤالات مربـوط بـه «نظرخواهـی دربـارۀ والدیـن و غیـره » کـه دارای بـار منفـی هسـتند در فرهنگ‌هایـی شـبیه بـه فرهنـگ مـا بـه دشـواری صـورت می‌گیـرد (۲۰)؛ بنابرایـن بـا توجـه بـه اینکـه افـراد مبتـلا بـه ام اس و دارای اختـلالات روان‌تنـی، دارای طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه‌ای هسـتند کـه ایـن طرحواره‌هـا در افـراد سـالم کمتـر دیـده می‌شـود پـس بـا کمـک درمان‌هـای شـناختی، رفتـاری و طرحـوارۀ درمانـی می‌تـوان از بـروز و عـود ایـن بیماری‌هـا جلوگیـری کـرد.

منابع

1. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Abnormal psychology. New York: W. W. Norton & Company. 2001.

2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). 5th ed. American Psychiatric Association. 2013.

3. Alipur A. Investigate the relationship between personality characteristics, social support, psychosomatic vulnerability to stress: Tarbiat Modares University. 1992; 3(10): 117-62.

4. Hawton K, Salkovskis PM, Salkovskis J, Kirk J. Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems, a practical guide. Oxford: Oxford University Press. 1989.

5. Gholami M, Pasha G, Sodani M. To investigate the effectiveness of group logotherapy on the increasement of life expectancy and health on female teenager major thalassemia patients of Ahvaz city. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2010; 11(42): 23-42.

6. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford. 2003.

7. Farahani MN, Ahlami M. The comparison of the personality factors and locus of control in multiple sclerosis (MS) patients and normal people. J Birjand Univ Med Sci. 2005; 12(1-2): 41-7.

8. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. Lancet. 2008; 372(9648): 1502-17.

9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2010.

10. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford. 2008.

11. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research. 1995; 19: 295-321.

12. Seifollahi ASL B, Alibeigi N, Bakhtiari E. Giardia protozoa a comparative study of early maladaptive schemas and irrational beliefs in recurrence (relapse) and psychological symptoms in male versus female with multiple sclerosis (MS). IJAPBS. 2015; 4(8): 52-63.

13. Akhani A, Izadikhah Z, Bagherian-Sararoudi R, Khorvash F. Investigate the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor diability in multiple sclerosis patients. J Res Behav Sci. 2013; 10(7): 609-18.

14. Izadi F. Compare early maladaptive schemas between people with psychosomatic disorder and healthy volunteer 30 to 50 years in Tehran. Abstract book of fourth international congress of psychosomatic; Isfahan: Azad University of Khorasgan. 2012.

15. Baker B, Kazarian S, Morgues J. Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patiants with essential hypertension. J Clin Psychol. 1994; 50(3): 320-4.

16. Ameri F, Bayat B, Khosravi Z. Comparison of early maladaptive schemas and defense styles in asthmatic,alexithymic and normal subjects. IJPCP. 2014; 2(1): 88-93.

17. Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction. Rosemead school: Biola university. 1998.

18. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontrefact A, Jordan S. The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schemas and

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]

symptoms. Cognit Ther Res. 2002; 26(4): 519-30.

19. Divandari H, Ahi G, Akbari H, Mahdian H. Young schema questionnaire-short form (SQ-SF): evaluate the psychometric properties and factor structure of the academic students of Islamic Azad University of Kashmar branch. Pazhouhesh-Nameye Tarbiati. 2009; 5(20): 103-33.

20. Akbari E, Bakhshipour Roudsari A, Azimi Z, Fahimi S, Ghasempour A, Amiri A. Comparison of anxiety, depression, brain behavioral systems (BIS-BAS), coping styles, anger and hostility in people with and without asthma. J Psychosom Dis. 2011; 9(5): 313-30.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40]